



REGLEMENT MUTUALISTE

(Mis à jour au 01.01.2019)

REGLEMENT MUTUALISTE

MUTUELLE DU REMPART

I - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - Objet

Le présent règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Par dérogation, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la Mutuelle et la personne morale souscriptrice.

Le règlement est adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

Toute modification du règlement décidée par le Conseil d'Administration de la Mutuelle doit être portée à la connaissance des membres participants et des membres honoraires de la Mutuelle, en particulier toute modification du règlement concernant le contrat.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant.

Chaque membre participant s'engage à se soumettre au règlement au même titre qu'aux statuts, et à ne jamais nuire aux intérêts de la MUTUELLE DU REMPART.

ARTICLE 2 - Modalités d'affiliation

L'engagement réciproque du membre participant et de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou, le cas échéant, d'un contrat collectif lequel définit les droits et obligations existant entre les parties.

Hormis le cas des membres honoraires délégués de collectivités adhérentes, l'engagement réciproque du membre honoraire de la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'affiliation qui lui permet de souscrire des garanties dépendant exclusivement de la durée de la vie humaine dans le cadre de contrats collectifs à adhésion facultative.

Pour les opérations individuelles régies par le présent règlement, la Mutuelle remet au membre participant ou au futur membre participant avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlement ou une fiche d'information sur le contrat qui décrit leurs droits et obligations réciproques.

Tout membre participant qui a signé un bulletin d'adhésion ou tout membre honoraire qui a signé un bulletin d'affiliation à des garanties dépendant exclusivement de la durée de la vie humaine (assurance décès facultative, garantie obsèques), a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours à compter du premier versement ou de la remise effective des documents prévus à l'article L223-8 du Code de la Mutualité l'informant de cette faculté si celle-ci n'a pas eu lieu lors de l'adhésion. La renonciation entraîne la restitution de l'intégralité des sommes versées par le cotisant, dans le délai maximal de trente jours à compter de la réception de la lettre recommandée.

Tout membre participant qui a signé un bulletin d'adhésion à des garanties complémentaires santé, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 15 jours à compter de cette signature. Cette faculté de rétractation ne s'applique pas pour les adhésions souscrites lors des foires et salons, conformément aux dispositions de l'Article L. 121-97 du Code de la Consommation. Dans le cadre de souscription en ligne, les délais de réflexion et de rétractation applicables sont ceux en vigueur en matière de vente à distance (14 jours).

Les membres participants doivent, pour être admis au bénéfice des prestations :

- 1) bénéficier d'un régime obligatoire français de protection sociale,
- 2) être à jour de leurs cotisations,
- 3) se conformer au règlement et se soumettre aux contrôles administratifs prévus par le règlement. Ils sont tenus d'informer la Mutuelle de tout changement aux régimes obligatoires de Sécurité Sociale, de situation familiale, professionnelle ou de domicile,
- 4) ne pas atteindre les limites d'âge variables suivant l'option choisie.

L'adhésion est familiale (même option pour tous les membres de la famille), à l'exception des enfants de parents séparés qui se retrouvent inscrits à la fois sur le contrat du père et sur celui de la mère. Si la couverture est différente, c'est l'option du parent cotisant pour eux qui est mentionnée sur les deux dossiers.

Toutefois, dans le cas où la couverture « groupe » du parent cotisant pour les enfants n'a pas son égale pour les « particuliers », il convient d'appliquer aux enfants l'option de chacun des parents. Les remboursements seront effectués à celui des deux qui réglera les frais de santé, sur la base de sa couverture personnelle.

Dans tous les cas, le parent qui se charge du paiement de la cotisation doit fournir à la mutuelle une attestation en ce sens.

II - OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE

ARTICLE 3 - Cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle telles que définies ci-après.

La Mutuelle peut moduler le montant des cotisations en fonction de l'âge des membres participants, ou du nombre d'ayants droit, ou de la durée d'appartenance à la Mutuelle, ou du régime de Sécurité Sociale d'affiliation, ou du lieu de résidence, ou du revenu (voir grille de tarification et tableau de correspondances en annexe).

A compter de 2016, les membres honoraires à titre individuel s'engagent au paiement d'une contribution annuelle forfaitaire fixée à 5 € par adulte. Les membres participants et les membres honoraires délégués de collectivités sont exonérés de cette contribution.

Le barème des cotisations est fixé annuellement par l'Assemblée Générale et figure en annexe du présent règlement.

Une réduction de cotisation pourra être accordée lors de l'adhésion d'un couple ou l'ajout d'un conjoint sauf pour les couvertures étudiantes, les couvertures groupes et les options individuelles Violette, Lotus et Hévéa (non commercialisées).

Les membres participants peuvent bénéficier d'un tarif de fidélité dans des conditions qui sont fixées par le Conseil d'Administration, dans le cadre de la délégation de pouvoir donnée par l'Assemblée Générale.

3.1 - Modalités de règlement

La cotisation est annuelle, payable d'avance, et portable.

Le paiement peut être fractionné mensuellement pour les membres participants ayant opté pour un prélèvement automatique, ou payable par trimestre ou par semestre.

Le solde de la cotisation annuelle reste dû entièrement, sous réserve des dispositions de l'article 4 du présent règlement.

Les cotisations doivent être acquittées :

- 1) soit par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal, soit par chèque ou carte bancaires ou virement postal au compte chèque postal de la Mutuelle, soit par titre interbancaire de paiement (TIP). Pour tout prélèvement impayé, des frais de banque seront retenus sur le prochain prélèvement. Depuis 2005, ces frais s'élèvent à 7.62 €. Pour tout chèque impayé, des frais de banque viendront s'ajouter à la cotisation. Ces frais sont variables selon les organismes bancaires et les motifs de rejet.
- 2) soit par versement en espèces auprès des bureaux de poste (convention cash compte).
- 3) soit par mandat postal.

Le membre participant prendra soin d'indiquer son numéro matricule, éventuellement ceux des membres de sa famille, et la décomposition des sommes versées.

Pour tout versement en espèces (au maximum pour les deux premiers mois de cotisations), la Mutuelle délivrera une quittance.

Pour tout versement par chèque postal, le récépissé de la poste sera conservé par le membre participant qui devra le produire à toute demande de la Mutuelle.

A cette cotisation s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions) ou techniques (Caisse Nationale de Prévoyance), cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

3.2 - Défaut de paiement de la cotisation

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de son engagement contractuel en justice, la Mutuelle peut suspendre la garantie 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

La Mutuelle pourra résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu au premier alinéa, ce qui entraînera la radiation du membre participant.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

En cas de fractionnement de la cotisation annuelle, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été encaissées par la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement annuel, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Tout rappel pour un retard de deux mois entraînera la perception d'une somme forfaitaire de 1 € ainsi que la majoration de la somme due de 1 % par mois de retard.

Dans le cadre des contrats collectifs, il convient de se référer à l'article L 221-8 du Code de la Mutualité (voir annexe).

En cas d'adhésion à des garanties dépendant exclusivement de la durée de la vie humaine (assurance décès facultative, garantie obsèques), et conformément à l'article L223-19 du Code de la Mutualité, lorsqu'une cotisation ou fraction de cotisation n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse au débiteur de la cotisation une lettre recommandée par laquelle elle l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à dater de son envoi, le défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraîne soit la fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat collectif en cas d'inexistence ou d'insuffisance de valeur de rachat, soit la réduction des garanties.

ARTICLE 4 - Cessation de l'adhésion et du bénéfice de la garantie ou résiliation du contrat

Pour les opérations individuelles, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- changement de département de résidence ou de départ à l'étranger
- changement de situation matrimoniale
- changement de profession ou perte d'emploi
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle

il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec une situation antérieure qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

De même, le décès entraîne de fait une cessation d'adhésion.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après la réception de sa notification.

La Mutuelle rembourse au membre participant la partie des cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à partir de la date de résiliation.

ARTICLE 5 - Faculté de résiliation annuelle

Sauf convention contraire, l'adhésion vise l'année civile.

Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion facultative, la personne morale souscriptrice, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle, au moins deux mois avant la date de l'échéance fixée au 31 décembre de chaque année.

La Mutuelle peut, dans des conditions identiques, résilier le contrat collectif, à l'exception des opérations mentionnées, au deuxième alinéa de l'article L 112-1 du Code de la Mutualité.

La résiliation de la complémentaire santé entraîne de fait la résiliation des contrats annexes souscrits, à moins que cette résiliation soit consécutivement suivie d'une affiliation en qualité de membre honoraire à titre individuel. Néanmoins, seuls les anciens adhérents passant sous le nouveau contrat ACS « PROXIME SANTÉ » distribué par la mutuelle pourront conserver le bénéfice de « Rempart Hospi ».

En ce qui concerne spécifiquement la catégorie E, telle que définie à l'article 12 et 12.3 du présent règlement, la période de souscription court du 1er septembre au 31 août de l'année suivante. Le préavis de résiliation est, dans ce cas, ramené à un mois.

En cas de non-respect du préavis de résiliation, les garanties sont reconduites pour une nouvelle année.

III - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES MEMBRES PARTICIPANTS

ARTICLE 6 - Etendue territoriale

La Mutuelle garantit le remboursement du coût des interventions chirurgicales dans toute la France Métropolitaine, dans les territoires d'Outre-Mer et même à l'étranger.

Le calcul du remboursement sera exclusivement effectué sur la base du tarif conventionnel.

Il appartiendra au membre participant de fournir à la Société toutes les pièces justifiant l'intervention subie, ainsi que les notes de frais.

ARTICLE 7 - Prises en charge et couvertures

7.1 - Modalités de prise en charge

Le membre participant ayant fait choix d'un chirurgien et/ou d'un établissement de soins visés à l'article 11 du présent règlement, doit solliciter de la Mutuelle (sauf cas d'urgence) une "demande de prise en charge".

7.2 - Catégories de couvertures

Les couvertures servies par la Mutuelle se divisent en deux catégories :

Garanties Responsables (anciennement garanties +)

Celles, nouvellement proposées à compter du 1^{er} avril 2015, conformes à la définition des contrats dits « solidaires et responsables », au sens notamment des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 de ce même code, telles qu'issues de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. (voir en annexe).

Garanties Non Responsables (anciennement garanties +)

Celles conformes à la précédente définition des contrats dits "solidaires et responsables", qui ne conservent que leur caractère solidaire. (voir annexe)

Ces couvertures + et + intègrent, depuis le 1er juillet 2006, les deux prestations de prévention suivantes :

- Le dépistage de l'hépatite B ;
- L'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 8 juin 2006 : diphtérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, haemophilus influenzae B.

.....

A défaut de précision, les articles suivants s'appliquent à l'ensemble des couvertures servies par la Mutuelle.

CHAPITRE I - PRESTATIONS MEDICO-CHIRURGICALES

Sauf exceptions visées dans le présent règlement, la Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les actes médicaux ou de spécialités figurant à la Nomenclature des actes professionnels appliqués par la Sécurité Sociale, dans les conditions fixées au présent règlement, dont la prise en charge de la franchise de 18 € pour les actes médicaux lourds supérieurs à 120 € sans limitation en nombre.

ARTICLE 8 - Nature et durée des prises en charge

*** Pour les Garanties Non Responsables :**

Excepté en chirurgie et en maternité pour laquelle elle est sans limite (sauf en Ambre), la durée de prise en charge des séjours est limitée à 30, 40, 60, 90 ou 120 jours par année civile (année universitaire pour la catégorie E) selon les options et la nature des prestations (toutes hospitalisations médicales confondues). Il y a renouvellement par périodes de 30 jours sur avis préalable du Médecin Conseil. La chambre particulière est remboursée, selon l'option souscrite, de 45 € à 55 € par jour (voir annexe) en clinique et au tarif conventionnel pour les hôpitaux ; la durée de prise en charge est déterminée par l'option mais ne peut dépasser 90 jours par an sauf avis contraire du Médecin Conseil.

En chirurgie ambulatoire, les frais de chambre particulière sont remboursés forfaitairement à hauteur de 15 € par jour et ce dans la limite de 5 jours par année civile.

En ce qui concerne les séjours en neuropsychiatrie, la durée des prises en charge est limitée à 40 jours par année civile. Pour les séjours en maison de soins de suite (convalescence, repos et réadaptation) faisant suite à une hospitalisation, en maison de régime ou de désintoxication éthylique, la durée des prises en charge est limitée à 30 jours par année civile quelle que soit la garantie souscrite ; il n'y a pas de participation aux frais de chambre particulière.

Les périodes d'hospitalisation dépassant les limites précitées seront à la charge des membres participants. Néanmoins, sur leur demande, ces derniers pourront bénéficier du fonds social (cf. Article 19 - Secours exceptionnels) sans que cette aide constitue un droit.

*** Pour les Garanties Responsables :**

Prise en charge illimitée, exception faite des frais de chambre particulière, en effet :

- Dans le cadre d'une hospitalisation, ces frais sont remboursés forfaitairement (voir annexe) selon l'option souscrite pour les séjours en clinique, et au tarif conventionnel pour ceux en hôpital ; la durée de prise en charge de ces frais est déterminée par l'option mais ne peut dépasser 90 jours par an sauf avis contraire du Médecin Conseil.
- En ce qui concerne les séjours en neuropsychiatrie, la durée des prises en charge de frais de chambre particulière est limitée à 40 jours par année civile.
- Il n'y a pas de participation aux frais de chambre particulière pour les séjours en maison de soins de suite (convalescence, repos et réadaptation), ainsi qu'en maison de régime ou de désintoxication éthylique.
- Dans le cas de chirurgie ambulatoire, les frais de chambre particulière sont remboursés forfaitairement à hauteur de 15 € par jour et ce dans la limite de 5 jours par année civile.

ARTICLE 9 - Chirurgie

Lorsqu'une intervention chirurgicale est prise en charge, la Mutuelle rembourse les soins énoncés ci-dessous :

9.1 - Frais précédant l'intervention

- 1°) Les examens radiographiques ou radioscopiques quel que soit leur coefficient, effectués en vue d'une intervention chirurgicale, et effectivement suivis d'opération dans le délai de trois mois.
- 2°) Les analyses, les examens de laboratoire, les examens anatomo-pathologiques (y compris les prélèvements) strictement nécessaires à une intervention chirurgicale et effectivement pratiqués dans les trois mois précédant l'intervention.
- 3°) Les examens endoscopiques pratiqués dans les trois mois précédant l'intervention.
- 4°) L'hospitalisation pré-opératoire éventuellement nécessaire à la préparation du malade à l'intervention, avec un maximum de cinq jours.

Toutefois, dans les cas prévus aux 2°, 3° et 4° ci-dessus, la Mutuelle prendra en charge, après consultation de son Médecin Conseil, les examens divers pratiqués dans des délais supérieurs, ainsi qu'une hospitalisation pré-opératoire plus longue que prévue.

- 5°) La consultation précédant immédiatement l'intervention, dans les conditions retenues par la Sécurité Sociale.

9.2 - Frais de l'intervention

*** Pour les Garanties Non Responsables :**

- 1°) a) Les honoraires du chirurgien et éventuellement de l'équipe chirurgicale, de l'anesthésiste, du médecin traitant assistant effectivement à l'intervention.
Les dépassements d'honoraires à concurrence de 50 % du montant des honoraires conventionnés dans la limite de 500 € (600 € pour les couvertures Menthe et Safran01).
- b) Chirurgie ambulatoire : les dépassements d'honoraires à concurrence de 50 % de la dépense supplémentaire réelle dans la limite de 500 € (600 € pour les couvertures Menthe et Safran01).

*** Pour les Garanties Responsables :**

- 1) a) les honoraires du chirurgien et éventuellement de l'équipe chirurgicale, de l'anesthésiste, du médecin traitant assistant effectivement à l'intervention. Le niveau de remboursement de la mutuelle peut varier selon que le praticien adhère ou non à l'OPTAM/OPTAM-CO (voir annexe).
- b) chirurgie ambulatoire : Le niveau de remboursement de la mutuelle peut varier selon que le praticien adhère ou non à l'OPTAM/OPTAM-CO (voir annexe).

*** Identique pour les Garanties Non Responsables et pour les Garanties Responsables :**

2) Les frais d'hospitalisation qui comprennent :

- a) les frais de salle d'opération,
- b) les frais de séjour du malade et, le cas échéant, les frais d'accompagnant (comprenant exclusivement les repas et le lit d'accompagnant) dans la limite de 35 € par jour, montant variable selon l'option (voir annexe) :
- 1- sans limite pour un enfant de moins de 15 ans, ainsi que pour un adulte handicapé titulaire d'une carte officielle,
- 2- sans limite pour un adulte de plus de 70 ans, si le montant de l'intervention subie est égal ou supérieur à 210 €,
- 3- dans la limite de 15 jours pour un adulte si le montant de l'intervention subie est égal ou supérieur à 250 €
- Au-delà de 15 jours consécutifs, le remboursement des frais d'accompagnant sera soumis à l'accord de notre Médecin Conseil.
- c) les transfusions et les perfusions sanguines (acte chirurgical et fourniture de sang) pratiquées pendant la durée de l'hospitalisation,
- d) les analyses, examens de laboratoire, examens radiographiques ou radioscopiques, les examens endoscopiques pratiqués pendant la durée du séjour en clinique,
- e) la pharmacie, strictement nécessaire à l'intervention et suivant la liste publiée par la Sécurité Sociale,
- f) le matériel de prothèse interne, ainsi que les prothèses externes sur avis du Médecin Conseil.
- g) les appareils plâtrés et les fournitures pour leur confection (plâtre, bandes plâtrées, etc.).

9.3 - Frais postérieurs à l'intervention

- 1) Les examens, radios de contrôle, pansements et piqûres, pendant un délai de deux mois après la sortie de clinique.

Au-delà de ce délai, l'avis du Médecin Conseil et l'accord de la Mutuelle sont nécessaires.

- 2) Les séances de rééducation motrice et les massages prescrits par le chirurgien et exécutés dans les douze mois qui suivent une intervention chirurgicale se rapportant aux réductions de fractures, aux luxations, à la chirurgie des os, ou un séjour alité prolongé, consécutif à une intervention chirurgicale.
- 3) La Mutuelle prend également en charge les séances de rééducation et de massage relatives aux phlébites post-opératoires et à leur prévention, mais à la condition que ces actes soient pratiqués dans le mois suivant l'intervention.

Les soins doivent être donnés par un docteur en médecine ou un auxiliaire médical qualifié, et l'accord du Médecin Conseil de la Mutuelle est indispensable.

Sont également pris en charge :

- maisons de soins de suite (convalescence, repos et réadaptation) : séjours en chambre commune avec remboursement du forfait hospitalier journalier et du ticket modérateur
 - dans la limite de 30 jours par année civile pour les Garanties Non responsables,
 - sans limite pour les Garanties Responsables.

Toutefois, la prise en charge des frais de chambre particulière occasionnés lors de séjours de réadaptation de courtes durées en maisons de soins de suite spécialisées et après intervention chirurgicale, orthopédique ou post-traumatique pourra être soumise à l'avis du Médecin Conseil. Si accord de celui-ci, prise en charge dans les limites de l'option souscrite.

- cures thermales après opération (prescription par le chirurgien dans les 12 mois),
- dans le cadre d'une ALD (Affection de Longue Durée), et sur prescription médicale du chirurgien ayant pratiqué l'intervention : participation forfaitaire de 100 € pour la dermopigmentation de l'aréole mamelonnaire réalisée par une esthéticienne titulaire d'un certificat de capacité socio-esthétique.
- frais de transport de corps sur la base d'une distance n'excédant pas 150 km entre l'hôpital et le domicile de l'adhérent décédé ou une maison funéraire.

9.4 - Prolongation de séjour

En cas de complications nécessitant une prolongation du séjour, la demande de prise en charge des frais supplémentaires afférents sera soumise à l'avis du Médecin Conseil de la Mutuelle.

9.5 - Indemnités supplémentaires (propres aux Garanties Non Responsables)

En cas d'intervention effectuée d'urgence, est versé un forfait de :

- 50 € pour une hospitalisation hors du département d'origine,
- 160 € pour une hospitalisation à l'étranger.

ARTICLE 10 - Hospitalisation Médicale

*** Pour les Garanties Non Responsables :**

En cas d'hospitalisation sans intervention chirurgicale, la Mutuelle prend en charge les frais d'honoraires, de soins et de séjour du malade dans les établissements de soins publics, ainsi que dans les établissements de soins privés, agréés et autorisés dans le cadre des dispositions des décrets n° 26-1834 du 20 août 1946 et n° 56-284 du 9 mars 1956 et de leurs annexes sous la dénomination de :

- Cliniques médicales,
- Sanatoriums privés pour tuberculose pulmonaire,
- Etablissements de soins privés affectés au traitement de la tuberculose extra-pulmonaire,
- Préventoriums privés,
- Etablissements d'hospitalisation en chirurgie,
- Maisons de santé obstétrico-chirurgicales,
- Maisons de santé aménagées en vue de la pratique obstétricale et de la chirurgie de l'accouchement,
- Maisons d'accouchement sans possibilité chirurgicale,
- Etablissement des nouveau-nés prématurés,
- Aériums et maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé. Toutefois, pendant les vacances scolaires, la prise en charge sera subordonnée, sauf cas exceptionnel motivé par une urgence médicale ou chirurgicale, à l'accord du Médecin Conseil.

La Mutuelle prend en charge les hospitalisations médicales pour traitement par laser, par lithotriporteur, comme s'il s'agissait d'hospitalisation chirurgicale pure.

Elle verse une allocation maternité d'un montant forfaitaire variable selon l'option, subordonnée à l'adhésion de la mère depuis plus de 10 mois et à l'adhésion du nouveau-né de moins de deux mois. Cette allocation est également réglée lors de la naissance d'un enfant mort-né.

Elle intervient également en cas de :

- fécondation in vitro : il est alloué un forfait annuel variable selon l'option, s'il y a dépassement de la prise en charge Sécurité Sociale, dans la limite de la dépense réelle.
- maisons de soins de suite (convalescence, repos et réadaptation) : séjour en chambre commune avec remboursement du forfait hospitalier journalier et du ticket modérateur, dans la limite de 30 jours par année civile. Pour les séjours ne faisant pas suite à une hospitalisation et après accord du Médecin Conseil : participation de 8 € par jour pendant 30 jours par année civile.
- maisons de régime ou de désintoxication éthylique, si le séjour est accordé par la Sécurité Sociale : prise en charge du forfait hospitalier journalier dans la limite de 30 jours par année civile (séjour en chambre commune) et après accord du Médecin Conseil.
- frais d'accompagnant (comprenant exclusivement les repas et le lit d'accompagnant) dans la limite de 25 € par jour pendant 15 jours par année civile pour un enfant de moins de 12 ans ou un adulte handicapé.
- dépassements d'honoraires du gynécologue et de l'anesthésiste pour accouchement, à concurrence de 50 % du montant des honoraires conventionnés dans la limite de 500 € (600 € pour les couvertures Menthe et Safran).
- frais de transport de corps sur la base d'une distance n'excédant pas 150 km entre l'hôpital et le domicile de l'adhérent décédé ou une maison funéraire.

*** Pour les Garanties Responsables :**

En cas d'hospitalisation sans intervention chirurgicale, la Mutuelle prend en charge les frais d'honoraires, de soins et de séjour du malade dans les établissements de soins publics, ainsi que dans les établissements de soins privés, agréés et autorisés dans le cadre des dispositions des décrets n° 26-1834 du 20 août 1946 et n° 56-284 du 9 mars 1956 et de leurs annexes sous la dénomination de :

- Cliniques médicales,
- Sanatoriums privés pour tuberculose pulmonaire,
- Etablissements de soins privés affectés au traitement de la tuberculose extra-pulmonaire,
- Préventoriums privés,
- Etablissements d'hospitalisation en chirurgie,
- Maisons de santé obstétrico-chirurgicales,
- Maisons de santé aménagées en vue de la pratique obstétricale et de la chirurgie de l'accouchement,
- Maisons d'accouchement sans possibilité chirurgicale,
- Etablissement des nouveau-nés prématurés,
- Aériums et maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé,

La Mutuelle prend en charge les hospitalisations médicales pour traitement par laser, par lithotriporteur, comme s'il s'agissait d'hospitalisation chirurgicale pure.

Elle intervient également en cas de :

- fécondation in vitro : il peut être alloué un forfait annuel variable selon l'option, s'il y a dépassement de la prise en charge Sécurité Sociale, dans la limite de la dépense réelle (voir annexe).
- maison de soins de suite (convalescence, repos et réadaptation) : séjour en chambre commune.
- maisons de régime ou de désintoxication éthylique, si le séjour est accordé par la Sécurité Sociale : séjour en chambre commune.
- frais d'accompagnant (comprenant exclusivement les repas et le lit d'accompagnant) : selon la couverture ces frais sont pris en charge de 20 € à 35 € par jour (voir annexe) sans limite pour un enfant de moins de 15 ans, ainsi que pour un adulte handicapé titulaire d'une carte officielle.
Au-delà de 15 jours, le remboursement des frais d'accompagnant sera soumis à l'accord de notre Médecin Conseil.
- honoraires du gynécologue et de l'anesthésiste pour accouchement : le niveau des remboursements de la Mutuelle du Rempart varie selon que le praticien adhère ou non à l'OPTAM ou OPTAM-CO (voir annexe).
- frais de transport de corps sur la base d'une distance n'excédant pas 150 km entre l'hôpital et le domicile de l'adhérent décédé ou une maison funéraire.

ARTICLE 11 - Maladie

La garantie maladie comporte la couverture des frais :

- de médecine générale et spéciale (consultations, visites et actes techniques médicaux)
- de soins et de prothèses dentaires, orthodontie, implants et parodontologie, d'imagerie, échographie et radiologie,
- de fournitures d'optique,
- de produits pharmaceutiques et de fournitures d'orthopédie et d'appareillage médicaux (aides auditives et autres),
- d'analyses, de prélèvements et d'examen de laboratoire,
- d'auxiliaires médicaux (soins infirmiers, d'orthoptie, de kinésithérapie, d'orthophonie),
- de traitement en établissement de cure,
- du transport du malade,
- d'actes de prévention et vaccins

dans les conditions prévues dans le présent règlement, et sous réserve des dispositions suivantes :

11.1 - Frais de transport

Après remboursement de la Sécurité Sociale, la Mutuelle règle le ticket modérateur des transports. Cependant, les dossiers d'un montant supérieur à 150 € sont soumis à l'accord du Médecin Conseil.

11.2 - Optique (voir annexe) :

*** Pour les Garanties Non Responsables :**

La Mutuelle rembourse les frais d'optique au-delà du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale. Ce remboursement complète celui de la Sécurité Sociale dans la limite des dépenses réelles engagées. Pour les adultes et les enfants, un seul forfait de même montant est alloué par an (au choix : lunettes [2 verres unifocaux ou multifocaux + monture] ou lentilles acceptées SS ou lentilles refusées SS). Il est possible, en cas de nécessité médicale et sur présentation d'un justificatif, d'obtenir un remboursement supplémentaire équivalent au prix de 2 verres unifocaux. Pour les moins de 16 ans, 4 verres sont pris en charge par an.

En ce qui concerne les lentilles refusées, la prise en charge ou le paiement des prestations ne pourront être effectués que sur présentation d'un devis ou d'une facture de l'opticien mentionnant obligatoirement la périodicité précise de délivrance des lentilles (exemple : 3 mois, 6 mois...). Le forfait alloué sera automatiquement fractionné à la hauteur de la dépense engagée correspondant à cette durée.

Dans le cas de Traitement de la myopie au laser ou de toute autre chirurgie réfractive au laser : la Mutuelle intervient dans le cadre d'un forfait annuel variable selon l'option (voir annexe).

*** Pour les Garanties Responsables :**

La Mutuelle rembourse les frais d'optique au-delà du tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale dans les règles, plafonds et plafonds définis dans le cadre des contrats responsables. Le remboursement de la mutuelle complète celui de la Sécurité Sociale dans la limite des dépenses engagées.

Lunettes

Adultes

- Remboursement limité à 1 équipement complet tous les 2 ans par bénéficiaire sauf en cas d'évolution de la vision ou dans le cas de déficits visuels nécessitant 2 équipements (vision de loin et vision de près) sur justification médicale.

Enfants de moins de 18 ans

- Remboursement par bénéficiaire d'1 équipement complet tous les 12 mois

Les délais d'une ou de deux années s'apprécient à compter de la date d'acquisition du 1^{er} équipement qu'il soit complet ou non.

Lentilles

Adultes ou Enfants

- la Mutuelle peut accorder un forfait annuel (TM inclus).

En ce qui concerne les lentilles refusées, la prise en charge ou le paiement des prestations ne pourront être effectués que sur présentation d'un devis ou d'une facture de l'opticien mentionnant obligatoirement la périodicité précise de délivrance des lentilles (exemple : 3 mois, 6 mois...). Le forfait alloué sera automatiquement fractionné à la hauteur de la dépense engagée correspondant à cette durée.

Dans le cas de Traitement de la myopie au laser ou de toute autre chirurgie réfractive au laser : la Mutuelle intervient dans le cadre d'un forfait annuel variable selon la formule de garantie (voir annexe).

11.3 - Orthopédie :

*** Pour les Garanties Non Responsables :**

La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur des frais d'orthopédie acceptés par le Régime Obligatoire, à l'exception de :

- protections liées à l'incontinence des adultes : forfait annuel de 100 €,
- prothèses mammaires, capillaires ou oculaires : forfait annuel au-delà du TRSS de 150 €,
- chaussures orthopédiques adultes : dossier soumis au Médecin Conseil,
- audioprothèses : forfait (TRSS inclus) d'un montant variable selon l'option souscrite (voir annexe),
- achat d'un fauteuil roulant : une participation forfaitaire supplémentaire de 150 € est allouée, sur présentation de la facture acquittée.

Pour la petite orthopédie (ceintures de maintien, bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, bandages), le taux de remboursement est de :

	Ambre Vitalité Laurier01	Cédrat Fougère Tonus Badiane02	Bruyère Brio Muscade01	Menthe Safran01
(sur la base du TRSS, Part Sécurité Sociale incluse)	100 %	150 %	200 %	250 %

*** Pour les Garanties Responsables :**

La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur des frais d'orthopédie acceptés par le Régime Obligatoire, à l'exception de :

- protections liées à l'incontinence des adultes : forfait annuel de 100 €,
- prothèses mammaires, capillaires ou oculaires : forfait annuel au-delà du TRSS de 150 €,
- chaussures orthopédiques adultes : dossier soumis au Médecin Conseil,
- audioprothèses : au-delà du ticket modérateur, forfait de 100 € à 500 €, selon l'option, par équipement, dans la limite des frais engagés (voir annexe).
- achat d'un fauteuil roulant : une participation forfaitaire supplémentaire de 150 € est allouée, sur présentation de la facture acquittée.

Pour la petite orthopédie (ceintures de maintien, bas de contention, semelles orthopédiques, orthèses, bandages), le taux de remboursement est de :

	Abélia Anis 15 - Laurier 15	Forsythia Badiane15	Bélombra Muscade15 Baby Boomers	Magnolia Safran15 Coriandre 15
(sur la base du TRSS, Part Sécurité Sociale incluse)	100 %	150 %	200 %	250 %

11.4 - Frais de cure thermale

La Mutuelle prend en charge :

- les cures effectuées à l'hôpital, celles-ci étant assimilées à des hospitalisations médicales,
- les cures avec hébergement en hôtel ou pension de famille * suivant la garantie, remboursement du forfait thermal incluant les frais de surveillance médicale, les frais d'hébergement et de transport, sous réserve d'une demande d'entente préalable auprès du R.O., et sur présentation des justificatifs, dans la limite des frais réels :

Garanties Non Responsables

PARTICULIERS	Hévée	Ambre	Cédrat	Fougère	Bruyère	Menthe
	0 €	0 €	0 €	100 % TM* + 160 €	100 % TM + 200 €	100 % TM + 250 €
ETUDIANTS	Forme	Vitalité		Tonus	Brio	
	0 €	0 €		100 % TM + 160 €	100 % TM + 200 €	
ENTREPRISES			Laurier 01	Badiane 02	Muscade 01	Safran 01
			0 €	100 % TM + 160 €	100 % TM + 200 €	100 % TM + 250 €

*TM : Ticket Modérateur

Garanties Responsables

PARTICULIERS	Abélia	Forsythia	Bélombra	Magnolia Baby Boomers	
	0 €	150 €	200 €	250 €	
ENTREPRISES	Anis 15 Laurier 15	Badiane 15	Muscade 15	Safran 15	Coriandre 15
	0 €	160 €	200 €	250 €	300 €

11.5 - Prévention mutualiste

La Mutuelle prend en charge sur présentation de la prescription médicale et de la facture :

- au titre des contrats responsables :
 - les vaccins diphtérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, haemophilus influenzae B
- selon l'option :
 - les vaccins anti-grippe, choléra, méningite,
 - le test de dépistage du cancer du côlon, de l'hépatite B,
 - les traitements anti-tabac après épuisement de la prise en charge allouée par le régime obligatoire, montant variable selon la couverture (voir annexe).

Dans le cas où le montant forfaitaire annuel dédié à cette prestation ne serait pas consommé au titre de l'année civile en cours, il pourra être attribué à un programme de coaching sportif à domicile selon convention de partenariat en vigueur entre la mutuelle et l'établissement de coaching sportif. Ces prestations ne sont pas cumulables. (nous consulter)

11.6 – Prothèses dentaires, orthodontie, inlay et onlay, implants dentaires, parodontologie (voir annexe) :

La Mutuelle rembourse les prothèses dentaires, l'orthodontie, les inlay et onlay, les implants dentaires et la parodontologie selon l'option ou la convention ainsi que selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Les implants (remboursés dans la limite de 2 par an) et la parodontologie (un forfait annuel) ne sont pas cumulables entre eux.

Sont assimilées aux prothèses dentaires :

- les prothèses sur implants,
- les réparations de prothèses,
- les prothèses transitoires.

* Pour les Garanties Non Responsables :

Les prothèses non remboursées sont prises en charge unitairement sur la base d'un « SPR 50 », à hauteur des taux mentionnés dans le descriptif des garanties.

*** Pour les Garanties Responsables :**

Les prothèses non prises en charge par la Sécurité Sociale sont remboursées forfaitairement, selon détail en annexe, dans la limite de 2 unités par an.

11.7 - Ostéopathie, Chiropractie, Etiopathie, Diététicien-Nutritionniste, Podologie/Pédicurie, Psychomotricité, Acupuncture

Lorsqu'elles ne sont pas prises en charge par la Sécurité Sociale, ces disciplines sont remboursées indifféremment, dans la limite de 1 à 7 séances cumulées par an et par bénéficiaire, selon l'option et par séance, comme suit :

Garanties Non Responsables	Cédrat Laurier 01	Fougère Tonus	Bruyère Brio Badiane 02	Menthe Muscade01	Safran 01	Hévée Forme	Ambre Vitalité
Nombre de séances par an	4	4	5	5	5	/	/
Montant	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €	/	/

Garanties Responsables	Anis 15	Laurier 15	Forsythia	Bélombra Badiane 15	Magnolia Muscade 15 Baby Boomers	Safran 15	Coriandre 15	Abélia
Nombre de séances par an	1	2	3	4	5	6	7	/
Montant	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €	/

Cette prestation est attribuée sur présentation d'une facture d'un praticien diplômé mentionnant la Fédération dont il relève et sur prescription en ce qui concerne les diététiciens/nutritionnistes et les psychomotriciens.

11.8 - Forfait « + » "hors nomenclature" : Ce forfait annuel est alloué, après avis du Médecin Conseil, pour certains actes et soins prescrits médicalement mais refusés par la Sécurité Sociale comme notamment : analyses, acte d'imagerie (radios, scanner...), séances de naturopathie, sophrologie, réflexologie plantaire, psychologue, méthode de kinésithérapie dite "MEZIERES" ou toute autre méthode de kinésithérapie considérée HN, vaccin contre la fièvre jaune, traitement médical anti-paludisme, préparations magistrales, produits et traitements pharmaceutiques ne figurant pas sur la liste des prestations et produits (LPP), densitométrie osseuse au-delà du tarif Sécurité Sociale ou si cet acte n'est pas pris en charge par le régime obligatoire. Ce forfait est également attribué pour les majorations des consultations injustifiées à domicile uniquement en option Menthe, Safran, Muscade.

	Forme Vitalité	Cédrat Laurier01 Laurier15	Forsythia Fougère Tonus	Badiane15	Bélombra Bruyère Badiane02 Muscade15 Brio	Baby Boomers	Muscade01	Magnolia Menthe Safran01 Safran15	Coriandre 15	Abélia Hévée Ambre Anis15
Montant du forfait	30 €	50 €	70 €	70 €	90 €	100 €	120 €	120 €	150 €	/
Dont Naturopathie, Sophrologie, Réflexologie plantaire, Psychologue (par séance)	20 €	20 €	25 €	30 €	30 €	30 €	30 €	35 €	40 €	/

11.9 – Certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport (CACI) :

Etabli par un médecin du sport et après accord du Médecin Conseil, la consultation liée à la délivrance de ce document est prise en charge à hauteur de 30 € par an, dans la limite de 4 consultations pour une même famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants).

CHAPITRE II - OPTIONS

ARTICLE 12 - Catégories de membres

Les membres se répartissent en cinq catégories : A, B, C, D, E.

Ces catégories sont les suivantes :

- La catégorie A comprend les travailleurs indépendants et professions libérales devant impérativement souscrire les Garanties Responsables pour bénéficier de la Loi Madelin.
- La catégorie B comprend les assujettis à un régime obligatoire de Sécurité Sociale et leurs ayants droit.
- La catégorie C comprend les exploitants agricoles non-salariés et leurs ayants droit.
- La catégorie D comprend les membres regroupés en entreprises ou collectivités et leurs ayants droit en contrat groupe à adhésion facultative.
- La catégorie E comprend les mutualistes assujettis à un régime de Sécurité Sociale étudiante jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire. Elle peut être étendue aux jeunes de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou de formation en alternance. Elle relève uniquement des Garanties Non Responsables.
- La catégorie F comprend les agents relevant de la fonction publique territoriale (personnel actif, stagiaires en formation, élèves des écoles, retraités) ou titulaires d'un mandat électif dans une collectivité territoriale, qui peuvent bénéficier d'un règlement spécifique répondant aux critères de labellisation (décret 2011-1474 du 08/11/2011). Elles relèvent uniquement des Garanties Responsables.

Pour les catégories A, B, C, D, F la période de couverture correspond à l'année civile.

Pour la catégorie E, la période de couverture correspond à l'année universitaire (1^{er} septembre au 31 août).

12.1 - Catégories A, B et C

Les membres participants de ces trois catégories ont accès aux options suivantes :

OPTION LOTUS (maintenue exclusivement pour les adhérents ayant souscrit cette option avant le 28 juin 2006)

- Hospitalisation médicale ou chirurgicale (examens préalables, honoraires, soins, séjour)
- Chambre particulière (voir annexe), frais d'accompagnant (voir articles 9-2 et 10)
- Forfait Hospitalier Journalier
- Transport en ambulance

OPTION JASMIN (maintenue exclusivement pour les adhérents ayant souscrit cette option avant le 28 juin 2006)

Jasmin 02-03-04

- Hospitalisation médicale ou chirurgicale (examens préalables, honoraires, soins, séjour)
- Maternité (tous frais d'accouchement)
- Chambre particulière (voir annexe), frais d'accompagnant (voir articles 9-2 et 10)
- Forfait Hospitalier Journalier (voir annexe)
- Transport en ambulance
- Maladie (100 % du TRSS) : analyses, actes d'imagerie, traitements par rayons, soins dentaires, prothèses dentaires - orthodontie - optique (voir annexe)

Jasmin 01 : Mêmes garanties que Jasmin mais avec limite d'âge aux prestations (moins de 30 ans).

Le descriptif des couvertures HÉVÉA, AMBRE, FOUGÈRE, CÉDRAT, BABY BOOMERS, BRUYÈRE, MENTHE, ABÉLIA, FORSYTHIA, BÉLOMBRA, MAGNOLIA, ANIS, LAURIER, BADIANE, SAFRAN, CORIANDRE figure en annexe.

12.2 - Catégorie D

Les membres participants de cette catégorie bénéficient de garanties complètes "Chirurgie-Hospitalisation-Maladie" avec allocations différentes et taux de remboursement adaptés en optique et prothèses dentaires par rapport à ceux des catégories A, B et C (voir annexe), sauf conventions spéciales.

12.3 - Catégorie E

Les membres participants de cette catégorie bénéficient, sous la dénomination commune SOLUTION AVENIR, des garanties spécifiques figurant en annexe (FORME, VITALITÉ, TONUS, BRIO).

12.4 - Avantages particuliers pour les catégories A, B et C

Les membres participants des options Ambre, Bruyère, Cédrat (sauf 06-07-08-09) et Menthe (sauf 05-06), Abélia, Baby Boomers, Forsythia, Bélombra, Magnolia, Anis, Laurier, Badiane, Muscade, Safran, Coriandre bénéficient du mécanisme de tiers payant, au moins à hauteur du tarif de responsabilité des garanties concernées, dans les conditions énoncées à l'article 83 de la Loi de modernisation de notre système de santé, sous réserve que le professionnel de santé le pratique.

12.5 - Limite d'âge

La limite d'âge à la souscription ou au changement d'option est fixée à 65 ans dans les garanties suivantes :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Abélia 01• Forsythia 01• Bélombra 01• Magnolia 01 | Non responsables : <ul style="list-style-type: none">• Hévée 01• Ambre (01-02)• Cédrat (01-02-06-07)• Fougère (01-02-05-10-07-08)• Bruyère (01-02-05-11)• Menthe (01-02-05-06) |
|--|---|

Pour la couverture Baby Boomers, la limite d'âge à l'adhésion et au droit à prestations est fixée à 70 ans.

Sans limite pour les options :

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• <u>Abélia 03</u>• <u>Forsythia 03</u>• <u>Bélombra 03</u>• <u>Magnolia 03</u> | Non responsables : <ul style="list-style-type: none">• Hévée 03• Ambre (03-08)• Cédrat (03-08-09-10)• Fougère (06-12-13-14-09-11)• Bruyère (06-17-07)• Menthe (07-08) |
|--|--|

Les options FORME-VITALITE-TONUS- BRIO sont réservées aux moins de 28 ans (catégorie E).

CHAPITRE III - DROIT AUX PRESTATIONS

ARTICLE 13 - Départ de la garantie

L'ouverture des droits aux prestations intervient, sous réserve de l'application d'un délai d'attente :

- à compter du 1^{er} jour du mois civil de signature du bulletin d'adhésion, lorsque celle-ci est effectuée entre le 1^{er} et le 15 de ce même mois.
- à compter du 1^{er} jour du mois civil suivant la signature du bulletin d'adhésion, lorsque celle-ci est postérieure au 15 du mois précédent.

sauf pour les nouveau-nés qui sont pris en charge au 1^{er} jour du mois en cours de la déclaration, sauf demande contraire des parents.

Le changement d'option est une modification de garanties qui prend effet au 1^{er} janvier de l'exercice suivant. Il en est de même pour les renforts de couvertures.

ARTICLE 14 - Ouverture du droit aux prestations

Sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date des soins ou d'exécution est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de résiliation.

Toutefois, pour bénéficier de certaines garanties, il y a lieu de respecter un délai d'attente de :

- 3 mois pour les frais de chambre particulière et pour les prestations supplémentaires lors d'un changement de couverture vers une formule supérieure (les remboursements sont effectués durant cette période de 3 mois sur les bases de la couverture antérieure),
- 6 mois pour les suppléments hors Ticket Modérateur des frais de prothèses et implants dentaires, inlay, onlay, orthodontie et parodontologie.

Ces délais d'attente ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- pour les garanties précédemment couvertes si le membre participant vient en mutation d'une autre mutuelle dans un délai maximum de 2 mois (sur présentation d'un certificat de radiation).
- pour les garanties supplémentaires lors du passage à une couverture supérieure pour les adhérents justifiant d'au moins 5 ans d'ancienneté consécutifs.
- pour les accidents (atteinte corporelle non intentionnelle et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure).
- pour les adhérents bénéficiant préalablement d'une couverture santé étudiante (Forme, Vitalité, Tonus, Brio) qui changent de statut, quelle que soit la nouvelle couverture choisie.
- pour le conjoint d'un membre adhérent, en cas de mariage ou de pacs, si son inscription est demandée dans les deux mois suivant le mariage ou le pacs,
- pour les jeunes mariés ou pacsés s'ils adhèrent dans les deux mois suivant leur union civile,
- pour les personnes qui arrivent de l'étranger ou les membres participants qui en reviennent, depuis moins de deux mois, sous réserve de fournir un justificatif en français de leur appartenance à un régime de Sécurité Sociale et, éventuellement, d'une couverture complémentaire,
- pour les personnes anciennement bénéficiaires de la CMU, sous réserve d'une inscription immédiate à la sortie du dispositif CMU,
- pour les adhérents ayant souscrit un « renfort » à leur contrat collectif de base, sous réserve d'un engagement à s'y maintenir pendant deux années pleines.

ARTICLE 15

15.1 - Tarif de responsabilité

Le paiement des prestations est effectué sur la base et dans les limites des tarifs appliqués par la Sécurité Sociale suivant les dispositions légales, réglementaires et conventionnelles. Les remboursements interviennent, dans un délai de 2 ans conformément à l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, sur présentation des documents originaux (décomptes du Régime Obligatoire, factures et notes d'honoraires acquittées...) justifiant du montant des dépenses engagées.

La Société ne peut être tenue au versement des prestations lorsque les clauses ou tarifs de la réglementation ou des conventions susvisées n'ont pas été respectées.

Les membres participants et leur famille ont droit, dans la limite des options adoptées, aux prestations complémentaires en fonction du pourcentage du tarif conventionnel de la Sécurité Sociale, et sur lesquelles ont été basés les taux de cotisation.

15.2 - Limite des remboursements : principe indemnitaire

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224.8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

Ainsi, la participation de la Mutuelle, ajoutée au remboursement de la Sécurité Sociale, ne peut jamais excéder les frais engagés même en cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur. Tous nos remboursements sont effectués dans la limite des frais réels engagés (frais de santé, forfaits, primes et allocations diverses).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 16 - Ticket modérateur

L'exonération du ticket modérateur libère la Mutuelle de sa participation complémentaire pour la maladie exonérante.

ARTICLE 17 - Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

ARTICLE 18 - Risques exclus et différend

18.1 - Risques Exclus

Ne sont pas pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie non pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie du bénéficiaire, sauf stipulation particulière de la formule de garantie.

En l'absence de dispositions expressément mentionnées au niveau d'une garantie, l'ensemble des garanties ne couvrent pas, conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables » :

- la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- la franchise mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur mise à la charge des assurés prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription préalable du médecin traitant ;
- la majoration du ticket modérateur applicable aux actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation (visée à l'article L.161-36-2 du Code de la sécurité sociale) au professionnel de santé auquel il a eu recours d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter ;
- les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

Le fait que la mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

18.2 - Différend

Si la Mutuelle constate une erreur en défaveur d'un adhérent sur le montant ou la destination des prestations qui lui sont dues, le taux d'intérêt légal sera appliqué sur ces sommes à compter de la date d'origine de l'erreur ou de sa découverte et sur une période rétroactive et maximale de 2 ans.

CHAPITRE IV - SERVICES SOCIAUX ET CONTRATS ANNEXES

ARTICLE 19 - Secours exceptionnels

Un groupe d'entraide est créé sous la dénomination de "Fonds Social", qui permet l'attribution de secours exceptionnels. Ils peuvent être accordés par le Conseil d'Administration aux adhérents les plus défavorisés ou de condition modeste.

Ces secours ne pourront, sauf cas exceptionnel, être accordés qu'à la condition que le membre participant fasse partie de la Mutuelle depuis 36 mois au moins et qu'il soit à jour de ses cotisations.

Ils sont une faveur et non un droit et seront attribués par une Commission de trois membres au moins désignés par le Conseil d'Administration qui lui délègue ses pouvoirs.

ARTICLE 20 - Rempart Assistance

Les membres participants peuvent avoir accès à certains services d'assistance à domicile en cas d'urgence médicale ou hospitalière.

ARTICLE 21 - Service Prévention

Un service dédié « Rempart Prévention » permet aux adhérents de bénéficier de conseils et d'informations prévention personnalisés et adaptés à leur profil, ainsi que de divers avantages, grâce aux accords conclus avec différents partenaires pour les aider à préserver leur santé et leur mieux-être.

ARTICLE 22 - Prévoyance

La Mutuelle pourra garantir la couverture des risques vieillesse, accident, invalidité, vie-décès.

La Mutuelle pourra accessoirement attribuer dans ce domaine des allocations annuelles à ses membres et leur garantir des capitaux décès, des indemnités journalières, des prestations d'incapacité/invalidité.

Ces risques pourront être assurés par l'intermédiaire d'organismes de prévoyance.

ARTICLE 23 - Assurance décès facultative

Cette garantie n'est plus commercialisée mais, jusqu'en 2002, les membres participants de la Mutuelle pouvaient bénéficier d'un capital versé en cas d'invalidité ou de décès avant l'âge de 60 ans, à condition d'y souscrire expressément.

Les capitaux dont il s'agit étaient déterminés dans les limites fixées par le Conseil d'Administration. Leur montant variable, mais inférieur à 1000 €, n'a pas été modifié depuis 2002. De même, le montant de la cotisation est resté inchangé.

L'assurance est annuelle et renouvelable par tacite reconduction, sauf préavis de deux mois.

Tous changements d'état civil ou des bénéficiaires doivent être signalés à la Mutuelle.

En cas de décès, un bulletin de décès doit être adressé à la Mutuelle. En cas d'invalidité permanente et totale, il convient de fournir un certificat médical constatant l'incapacité totale. La Mutuelle se réserve le droit de faire procéder à un contrôle médical.

ARTICLE 24 - Garantie Hospitalière "Rempart Hospi"

24.1 - Bénéficiaires

Peuvent souscrire la garantie hospitalière "Rempart Hospi" :

- les membres participants âgés de moins de 75 ans, et s'ils bénéficient d'une garantie complète (hors garantie « gros risques »),
- les anciens adhérents, âgés de moins de 75 ans, passant sous le nouveau contrat ACS « PROXIME SANTÉ » distribué par la mutuelle ou bénéficiant de la CMU-Contributive.

24-2 - Objet de la garantie

La garantie hospitalière "Rempart Hospi" est destinée à verser aux membres, en cas d'hospitalisation, une indemnité calculée en fonction de la durée de leur séjour, avec bénéfice des prestations jusqu'à leur 75^{ème} anniversaire.

L'hospitalisation (séjour minimal de 24 heures) doit être effectuée, pour raison médicale ou chirurgicale, dans un établissement agréé par la Sécurité Sociale à l'exclusion des établissements de cure, maisons de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation), rééducation, gériatrie et neuropsychiatrie.

24.3 - Effet de la garantie

- accident : garantie immédiate
- hospitalisation médicale ou chirurgicale, maternité : sous réserve de l'accord du Médecin Conseil au vu du questionnaire médical, la garantie est acquise à l'issue d'un délai d'attente :
 - de 10 mois en maternité,
 - de 3 mois en hospitalisation médicale ou chirurgicale pour les personnes ayant moins de 66 ans,
 - de 6 mois en hospitalisation médicale ou chirurgicale pour les personnes âgées de 66 à 75 ans.

Ce délai n'est pas appliqué pour les membres participants produisant un certificat de radiation d'un organisme complémentaire au titre de garanties de prévoyance, ni pour les enfants qui viennent de naître et dont les parents bénéficient déjà de cette couverture.

24.4 - Contenu de la garantie

Versement d'une indemnité hospitalière pour chaque nuit d'hospitalisation, et ce dès la première nuit. Son montant est doublé :

- après 60 jours d'hospitalisation consécutifs,
- en cas d'hospitalisation d'urgence à plus de 300 kilomètres du domicile du bénéficiaire.

24.5 - Cotisation annuelle

Code option	Montant de l'indemnité par nuit	Chef de famille jusqu'à 55 ans		Chef de famille de 56 à 65 ans		Chef de famille + de 65 ans	
		Formule RI Individuel	Formule RF Famille	Formule SI Individuel	Formule SF Famille	Formule VI Individuel	Formule VF Couple
HA	8 €	1.60 €	3.80 €	2.20 €	5.40 €	3.80 €	6.00 €
HC	16 €	3.20 €	7.60 €	4.40 €	10.80 €	7.60 €	12.00 €
HE	24 €	4.80 €	11.50 €	6.70 €	16.30 €	11.50 €	18.00 €
HG	32 €	6.40 €	15.30 €	8.90 €	21.70 €	/	/
HP	48 €	9.60 €	23.00 €	13.40 €	32.60 €	/	/

L'âge du chef de famille détermine dans tous les cas le montant de la cotisation. Celle-ci est payable d'avance par année, semestre, trimestre, mois (uniquement par prélèvement) simultanément à la cotisation de la garantie santé de base.

Par « Famille », on entend un couple + enfant(s), la cotisation est alors familiale et globale. Le terme « Individuel » s'entend pour une personne (adulte ou enfant), la cotisation s'applique pour chacun des bénéficiaires, à savoir toutefois que seul le 1^{er} enfant cotise.

24.6 - Règlement des indemnités

Les indemnités sont versées dès que la Mutuelle a connaissance d'une hospitalisation, après vérification des droits et du bénéfice à prestations. Le membre participant s'engage à communiquer au Médecin Conseil de la Mutuelle toute pièce médicale pour apprécier si l'hospitalisation s'inscrit bien dans le cadre des garanties. En cas d'absence de versement, le membre participant dispose d'un délai de 90 jours pris en compte dès la fin de l'hospitalisation pour exercer une réclamation auprès de la Mutuelle.

24.7 - Exclusions

Hospitalisations consécutives à des séjours pour :

- des affections constatées antérieurement à l'adhésion.
- des actes volontaires du bénéficiaire, notamment toxicomanie, alcoolisme, tentative de suicide, participation à des émeutes, rixes (sauf cas de légitime défense), délit.
- des opérations de chirurgie esthétique.
- des cures de rajeunissement ou d'amaigrissement.
- des interventions pour fausse-couche ou avortement.

Au gré de chaque partie, la garantie hospitalière pourra être résiliée chaque année moyennant un préavis de deux mois (un mois pour la catégorie E) avant la date d'échéance par lettre recommandée avec accusé de réception.

ARTICLE 25 - Frais d'obsèques

Les membres participants peuvent bénéficier d'une garantie d'allocation de frais d'obsèques avec prise en charge, ainsi que des frais de transport et de rapatriement de corps en liaison avec la "Garantie Obsèques", association de prévoyance familiale.

CHAPITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 26 - Coût lié à l'usage d'une technique de communication à distance

Le coût de l'utilisation d'une technique de communication à distance par le membre participant pour adhérer au règlement mutualiste est à sa charge exclusive selon les conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée.

ARTICLE 27 - Loi applicable

En toutes hypothèses et notamment si le risque est situé hors de France et/ou si le lieu de résidence du membre participant est situé hors de France, la loi applicable aux relations précontractuelles avec le membre participant ainsi qu'à son adhésion au présent règlement mutualiste notamment pour son interprétation ou son exécution, sera la loi française.

ARTICLE 28 - Langue utilisée

L'adhésion emporte convention d'usage de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

ARTICLE 29 - Informatique et libertés

Les données concernant l'adhérent et, le cas échéant, ses ayants droit, pourront être utilisées par la MUTUELLE DU REMPART afin d'alimenter ses fichiers internes destinés à la gestion et au suivi de l'adhésion. Ces informations pourront être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004, l'adhérent et, le cas échéant, ses ayants droit, dispose d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes ; d'un droit d'accès et de communication ; d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour ou verrouiller; d'un droit de modification et de suppression des données le concernant. Ces droits peuvent être exercés à l'adresse suivante :

MUTUELLE DU REMPART - Service Informatique
1 Rue d'Austerlitz, CS 27261, 31072 TOULOUSE Cedex 6

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à l'adhérent ou, le cas échéant, ses ayants droit, selon son choix directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique.

ARTICLE 30 - Réclamations

Pour toute réclamation ou litige, le membre participant doit formuler sa demande :

- soit par écrit à :

Mutuelle du Rempart – Service Réclamations
1 Rue d'Austerlitz, CS 27261, 31072 Toulouse Cedex 6

- soit par téléphone au 05.62.15.07.31.

ANNEXES

(voir pages suivantes)

ANNEXE

FORFAIT JOURNALIER				
Prestation non prise en charge pour les établissements médico-sociaux tels que MAS et EHPAD				
Couvertures	DUREE (par an)			
	Chirurgie	Hospitalisation médicale	Dont neuro-psy	Dont maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation) après hospitalisation, maison de régime ou de désintoxication éthylique
ABELIA FORSYTHIA BABY BOOMERS BELOMBRA MAGNOLIA	Illimité			
FORME	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
HEVEA	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
AMBRE	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
VITALITE	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
CEDRAT	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
FOUGERE	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
TONUS	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
BRUYERE	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
BRIO	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
MENTHE	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
Contrats groupes, hors convention particulière				
Couvertures	DUREE (par an)			
	Chirurgie	Hospitalisation médicale	Dont neuro-psy	Dont maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation) après hospitalisation, maison de régime ou de désintoxication éthylique
ANIS15 LAURIER15 BADIANE15 MUSCADE15 SAFRAN15 CORIANDRE 15	Illimité			
LAURIER01	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
BADIANE01	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
MUSCADE01	illimité	120 jours	40 jours	30 jours
SAFRAN01	illimité	120 jours	40 jours	30 jours

ANNEXE

Couverture	CHAMBRE PARTICULIERE							
	DUREE (par an)				MONTANT dans la limite des frais engagés (hors hôpital*)			
	Chirurgie Maternité	Hospitalisation médicale	Dont neuro-psy	Maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation) après hospitalisation, maison de régime ou de désintoxication éthylique	Chirurgie Maternité	Hospitali- sation médicale	Dont neuro-psy	Maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation) après hospitalisation, maison de régime ou de désintoxication éthylique
ABELIA	40 jours		40 jours	NON	45 €	45 €	45 €	0 €
FORSYTHIA	90 jours		40 jours	NON	47 €	47 €	47 €	0 €
BABY BOOMERS	90 jours		40 jours	NON	50 €	50 €	50 €	0 €
BELOMBRA	90 jours		40 jours	NON	50 €	50 €	50 €	0 €
MAGNOLIA	90 jours		40 jours	NON	55 €	55 €	55 €	0 €
FORME	NON	NON	NON	NON	0 €	0 €	0 €	0 €
HEVEA	illimité	90 jours	40 jours	NON	45 €	45 €	45 €	0 €
AMBRE	30 jours	NON	NON	NON	45 €	0 €	0 €	0 €
VITALITE	30 jours	NON	NON	NON	45 €	0 €	0 €	0 €
CEDRAT	illimité	60 jours	NON	NON	45 €	45 €	0 €	0 €
FOUGERE	illimité	90 jours	40 jours	NON	47 €	47 €	47 €	0 €
TONUS	illimité	90 jours	40 jours	NON	47 €	47 €	47 €	0 €
BRUYERE	illimité	90 jours	40 jours	NON	50 €	50 €	50 €	0 €
BRIO	illimité	90 jours	40 jours	NON	50 €	50 €	50 €	0 €
MENTHE	illimité	90 jours	40 jours	NON	55 €	55 €	55 €	0 €
*Contrats groupes, hors convention particulière								
ANIS 15	NON		NON	NON	0 €	0 €	0 €	0 €
LAURIER15	90 jours		40 jours	NON	45 €	45 €	45 €	0 €
BADIANE15	90 jours		40 jours	NON	47 €	47 €	47 €	0 €
MUSCADE15	90 jours		40 jours	NON	50 €	50 €	50 €	0 €
SAFRAN15	90 jours		40 jours	NON	55 €	55 €	55 €	0 €
CORIANDRE 15	90 jours		40 jours	NON	65 €	65 €	65 €	0 €
LAURIER01	Illimité	90 jours	40 jours	NON	45 €	45 €	45 €	0 €
BADIANE02	Illimité	90 jours	40 jours	NON	47 €	47 €	47 €	0 €
MUSCADE01	Illimité	90 jours	40 jours	NON	50 €	50 €	50 €	0 €
SAFRAN01	Illimité	90 jours	40 jours	NON	55 €	55 €	55 €	0 €

(* Montant conventionnel remboursé à l'hôpital)

La Mutuelle rembourse les frais de Chambre Particulière en CHIRURGIE AMBULATOIRE à hauteur de 15 € par jour dans la limite de 5 jours par année civile.

Pour les options « Jasmin et Lotus » qui ne sont plus commercialisées, le montant de la chambre particulière est de 45 € et la durée est fixée par la couverture.

FORFAITS OPTIQUES - GARANTIES RESPONSABLES***Se référer à l'article 11.2**

- Lunettes** ► **Adultes** : Remboursement limité à 1 équipement complet tous les 2 ans par bénéficiaire
 ► **Enfants de moins de 18 ans** : Remboursement par bénéficiaire d'1 équipement complet tous les 12 mois

	LUNETTES				LENTILLES (par unité)			Traitement au laser de la myopie (par œil) ou autre chirurgie réfractive au laser
	Montant unitaire				Acceptée	OU	Refusée	
	Monture	Verre simple	Verre complexe	Verre très complexe				
Abélia	50 €	50 €	75 €	75 €	75 €		0 €	0 €
Forsythia	70 €	70 €	100 €	140 €	100 €		100 €	200 €
Bélombra	100 €	90 €	135 €	175 €	135 €		135 €	250 €
Baby Boomers	120 €	90 €	125 €	190 €	125 €		0 €	0 €
Magnolia	150 €	110 €	160 €	225 €	160 €		160 €	300 €
Contrats groupes, hors convention particulière								
Anis15	30 €	35 €	85 €	85 €	0 €		0 €	0 €
Laurier15	50 €	50 €	100 €	125 €	100 €		100 €	0 €
Badiane15	70 €	70 €	125 €	150 €	125 €		125 €	200 €
Muscade15	100 €	90 €	150 €	190 €	150 €		150 €	250 €
Safran15	150 €	110 €	175 €	250 €	175 €		175 €	300 €
Coriandre 15	150 €	125 €	190 €	275 €	190 €		190 €	350 €

OPTIQUE - GARANTIES NON RESPONSABLES**FORFAIT ANNUEL Adultes ou enfants**

« Un seul équipement complet par an, avec possibilité de remboursement supplémentaire équivalent au prix de 2 verres unifocaux, en cas de nécessité médicale et sur présentation d'un justificatif »

	OU			OU			OU			
	EQUIPEMENT COMPLET avec 2 verres simples	MONTURE	VERRES SIMPLES (par unité)	EQUIPEMENT COMPLET avec 2 verres progressifs	MONTURE	VERRES PROGRESSIFS (par unité)	LENTILLES (par unité)		Traitement au laser de la myopie (par œil) ou autre chirurgie réfractive au laser	
							Acceptée	OU	Refusée	
Ambre Vitalité	105 €	35 €	35 €	105 €	35 €	35 €	52.50 €		NON	NON
Cédrat	140 €	50 €	45 €	190 €	50 €	70 €	70 €		70 €	NON
Laurier01*	140 €	50 €	45 €	200 €	50 €	75 €	70 €		70 €	NON
Fougère Tonus	170 €	60 €	55 €	220 €	60 €	80 €	85 €		85 €	170 €
Bruyère Brio Badiane02*	200 €	70 €	65 €	300 €	70 €	115 €	100 €		100 €	200 €
Menthe Muscade01*	250 €	100 €	75 €	400 €	100 €	150 €	125 €		125 €	250 €
Safran01*	300 €	130 €	85 €	450 €	130 €	160 €	150 €		150 €	300 €

* Contrats groupes, hors convention particulière

DENTAIRE

OPTIONS	Prothèses remboursées	Prothèses non remboursées	Orthodontie acceptée	Orthodontie refusée	Inlay et onlay	Implants(*) (**)	Parodontologie* (par an)
Abélia	100 %	-	100 %	-	100 %	-	-
Ambre	150 %	-	150 %	-	100 %	120 € par unité	240 €
Cédrat	175 %	-	175 %	-	150 %	150 € par unité	300 €
Forsythia	175 %	-	175 %	-	150 %	200 € par unité	400 €
Fougère	200 %	-	175 %	-	150 %	200 € par unité	400 €
Baby Boomers	250 %	-	150 %	-	150 %	250 € par unité	500 €
Bruyère	250 %	-	225 %	125 %	150 %	300 € par unité	600 €
Bélombra	250 %	-	225 %	200 € **	150 %	300 € par unité	600 €
Menthe	300 %	125 %	275 %	150 %	200 %	350 € par unité	700 €
Magnolia	300 %	300 € **	275 %	300 € **	200 %	350 € par unité	700 €
Vitalité	150 %	-	150 %	-	100 %	90 € par unité	180 €
Tonus	200 %	-	175 %	-	150 %	150 € par unité	300 €
Brio	250 %	-	225 %	125 %	150 %	200 € par unité	400 €
Contrats groupes, hors convention particulière							
OPTIONS	Prothèses remboursées	Prothèses non remboursées	Orthodontie acceptée	Orthodontie refusée	Inlay et onlay	Implants(*) (**)	Parodontologie* (par an)
Anis 15	125 %	-	125 %	-	100 %	-	-
Laurier01 Laurier15	175 %	-	150 %	-	150 %	120 € par unité	240 €
Badiane02	250 %	125 %	225 %	125 %	150 %	200 € par unité	400 €
Badiane15	250 %	150 € **	225 %	150 € **	150 %	200 € par unité	400 €
Muscade01	300 %	125 %	275 %	150 %	200 %	300 € par unité	600 €
Muscade15	300 %	250 € **	275 %	250 € **	200 %	300 € par unité	600 €
Safran01	350 %	150 %	325 %	200 %	200 %	350 € par unité	700 €
Safran15	350 %	300 € **	325 %	300 € **	200 %	350 € par unité	700 €
Coriandre 15	375 %	350 € **	325 %	350 € **	200 %	400 € par unité	800 €

* Les implants et la parodontologie ne sont pas cumulables entre eux

** par unité et jusqu'à 2 par an

AUDIOPROTHESE (par appareil)

	Hévée Forme	Ambre - Vitalité Abélia - Anis15	Cédrat Laurier01	Fougère Tonus Badiane02	Bruyère Brio Muscade01	Menthe Safran01
Montant du forfait dans la limite des frais engagés (TRSS inclus)	/	100 %	250 €	350 €	450 €	500 €

Laurier15	Forsythia Badiane15	Bélombra Muscade15	Baby Boomers	Magnolia Safran15	Coriandre 15
100 % + 100 €	100 % + 200 €	100 % + 300 €	100 % + 300 €	100 % + 400 €	100 % + 500 €

ANTI-TABAC

Sur prescription annuelle, forfait annuel attribué après épuisement de la prise en charge du régime obligatoire

Hévée Forme	Ambre Cédrat Vitalité	Fougère Bruyère Menthe Tonus Brio Laurier01 Badiane02 Muscade01 Safran01	Anis15	Abélia	Forsythia Laurier15	Bélombra Badiane15 Muscade15	Magnolia Safran15 Coriandre 15 Baby Boomers
30 €	70 €	200 €	/	50 €	100 €	150 €	200 €

Garanties Solidaires et Responsables

NOS OFFRES aux PARTICULIERS

(individuel ou famille)



MUTUELLE DU REMPART

LE FUTUR ASSURÉ

Garanties conformes à la définition des contrats dits «Solidaires et Responsables», au sens notamment des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 de ce même code, telles qu'issues de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. Elles intègrent les 2 prestations de prévention suivantes : le dépistage de l'hépatite B, l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 08/06/2006 (diphthérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, rougeole, varicelle, influenzae B). Les taux et montants indiqués sont ceux du remboursement cumulé de la S.S. ou R.O. et de la Mutuelle dans la limite des frais engagés sur la base de remboursement (BRSS) en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

	ABELIA	FORSYTHIA	BÉLOMBRA	MAGNOLIA	
HOSPITALISATION	Examens préalables - Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
	Honoraires de praticiens adhérents Optam/Optam-Co (1)	130%	150%	160%	180%
	Honoraires de praticiens non adhérents Optam/Optam-Co (1)	100%	130%	140%	150%
	Forfait hospitalier (MCO, SSR, Psychiatrie, hors Établissements médico-sociaux et EHPAD)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Participation aux frais pour actes lourds > 120€	Oui	Oui	Oui	Oui
	Chambre particulière (pendant 90 jours/an - dont NeuroPSY limité à 40 jours) (2)	45€/jour limité à 40 j/an	47€/jour	50€/jour	55€/jour
	Chambre particulière en ambulatoire (dans la limite de 5 jours/an)	15€/jour	15€/jour	15€/jour	15€/jour
	Frais d'accompagnant (lit et repas) sans limite pour enfant de moins de 15 ans ou adulte handicapé ; autres cas, nous consulter (3)	-	20€/jour	25€/jour	25€/jour
	Cure thermale en milieu hospitalier	100%	100%	100%	100%
	Transport remboursé S.S.	100%	100%	100%	100%
	Frais d'accouchement	100%	100%	100%	100%
	Fécondation in vitro (sur prescription médicale) (3)	100%	100%	100%	160€
Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G)	100%	100%	100%	100%	
FRAIS MÉDICAUX	Pharmacie (Service Médical Rendu majeur ou important : R.O. 65 %)	100%	100%	100%	100%
	Pharmacie (Service Médical Rendu modéré : R.O. 30 %)	100%	100%	100%	100%
	Pharmacie (Service Médical Rendu faible : R.O. 15 %)	-	100%	100%	100%
	Homéopathie	100%	100%	100%	100%
	Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) médecins adhérents Optam/Optam-Co (1)	100%	100%	120%	150%
	Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) médecins non adhérents Optam/Optam-Co (1)	100%	100%	100%	120%
	Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayons	100%	100%	100%	100%
	Piqûres - Soins infirmiers et analyses de laboratoire	100%	100%	100%	100%
	Massages et rééducation (kinésithérapeute)	100%	100%	100%	100%
	Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, orthoptiste...)	100%	100%	100%	100%
	Orthopédie	100%	100%	100%	100%
	Audioprothèse (par appareil)	100%	100% + 200€	100% + 300€	100% + 400€
	Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles...)	100%	150%	200%	250%
	Forfaits divers orthopédie (4)	Oui	Oui	Oui	Oui
OPTIQUE	Ophthalmologie - Orthoptie	100%	100%	100%	100%
	Lunettes (5) :				
	• Monture	50€	70€	100€	150€
	• Verres simples	50€ x 2	70€ x 2	90€ x 2	110€ x 2
	• Verres complexes	75€ x 2	100€ x 2	135€ x 2	160€ x 2
	• Verres très complexes	75€ x 2	140€ x 2	175€ x 2	225€ x 2
	Lentilles (4) (forfait annuel) :				
	• Lentilles acceptées par la S.S.	75€ x 2	100€ x 2	135€ x 2	160€ x 2
	• Lentilles refusées par la S.S.	-	100€ x 2	135€ x 2	160€ x 2
	Traitement de la myopie au laser ou autre chirurgie réfractive (3)	-	200€/œil	250€/œil	300€/œil
DENTAIRE	Soins dentaires	100%	100%	100%	100%
	Prothèses remboursées par la S.S.	100%	175%	250%	300%
	Prothèses non remboursées par la S.S. (jusqu'à 2 par an)	-	-	-	300€/unité
	Inlays - Onlays	100%	150%	150%	200%
	Orthodontie acceptée par la S.S.	100%	175%	225%	275%
	Orthodontie refusée par la S.S. (jusqu'à 2 par an)	-	-	200€/unité	300€/unité
	Implantologie (jusqu'à 2 par an)	-	200€/unité	300€/unité	350€/unité
Parodontologie (non cumulable avec l'implantologie)	-	400€/an	600€/an	700€/an	
PRÉVENTION & AUTRES PRESTATIONS (3)	Traitement anti-tabac (sur prescription médicale) ou coaching sportif (4)	50€	100€	150€	200€
	Forfait «plus» pour actes hors nomenclature non remboursés S.S. (4)	-	70€	90€	120€
	Vaccins anti-grippe, contre la méningite et le choléra	-	100%	100%	100%
	Test de dépistage du cancer du côlon	Oui	Oui	Oui	Oui
	Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie/Pédicure ou Acupuncture (sur facture d'un praticien diplômé mentionnant la fédération dont il relève) OU consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien (sur prescription médicale)	-	3 séances/an 40€/séance	4 séances/an 40€/séance	5 séances/an 40€/séance
	Cure thermale hors hôpital (4)	-	150€	200€	250€
	Certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique d'un sport (6)	30€	30€	30€	30€
	Rempart Assistance et services dédiés Prévention	Oui	Oui	Oui	Oui

(1) Option de pratique tarifaire maîtrisée (Optiam et Optam-co) (2) Tarif conventionnel en hôpital. Exclusion pour maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation), maison de régime et assimilés (3) Prestation sans tiers payant (4) Nous consulter (5) Pour les adultes (+ de 18 ans), remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou dans le cas de déficit visuel nécessitant 2 équipements sur justification médicale (vision de loin et vision de près). Pour les enfants, 1 équipement complet tous les 12 mois. Les délais d'une ou deux années s'apprécient à compter de la date d'acquisition du premier équipement complet ou non (6) Montant forfaitaire par acte et par an. Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord de notre médecin conseil

© Compagnie à cot - RCS Rouen n° 432 101 969 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 77856532 et affiliée à la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM). Edité en décembre 2016. Document non contractuel.

NOTRE OFFRE spécifique aux

BABY BOOMERS



**MUTUELLE DU
REMPART** 
LE FUTUR ASSURÉ



Garanties conformes à la définition des contrats dits «Solidaires et Responsables», au sens notamment des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 de ce même code, telles qu'issues de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. Elles intègrent les 2 prestations de prévention suivantes : le dépistage de l'hépatite B, l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 08/06/2006 (diphtérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, haemophilus influenzae B). Les taux et montants indiqués sont ceux du remboursement cumulé de la S.S. ou R.O. et de la Mutuelle dans la limite des frais engagés sur la base du remboursement (BRSS) en vigueur au 1er janvier 2018.

- (1) Option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam et Optam-co)
(2) Tarif conventionnel en hôpital. Exclusion pour maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation), maison de régime et assimilés.
(3) Prestation sans tiers payant.
(4) Nous consulter.
(5) Pour les adultes (+ de 18 ans), remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 ans, sauf en cas d'évolution de la vue ou dans le cas de déficit visuel nécessitant 2 équipements sur justification médicale (vision de loin et vision de près). Pour les enfants, 1 équipement complet tous les 12 mois. Les délais d'une ou deux années s'apprécient à compter de la date d'acquisition du premier équipement complet ou non.
(6) Montant forfaitaire par acte et par an. Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord de notre médecin conseil.

www.mutuelledurempart.fr

HOSPITALISATION

Examens préalables - Frais de séjour
Honoraires de praticiens adhérents Optam/Optam-Co (1)
Honoraires de praticiens non adhérents Optam/Optam-Co (1)
Forfait hospitalier (MCO, SSR, Psychiatrie, hors Établissements médico-sociaux et EHPAD)
Participation aux frais pour actes lourds > 120€
Chambre particulière (pendant 90 jours/an - dont NeuroPSY limité à 40 jours) (2)
Chambre particulière en ambulatoire (dans la limite de 5 jours/an)
Frais d'accompagnant (lit et repas) sans limite pour enfant de moins de 15 ans ou adulte handicapé ; autres cas, nous consulter (3)
Cure thermale en milieu hospitalier
Transport remboursé S.S.

100%
150%
120%
Frais réels
Oui
jusqu'à 50€/jour
15€/jour
20€/jour
100%
100%

FRAIS MÉDICAUX

Pharmacie (Service Médical Rendu majeur ou important : R.O. 65 %)
Pharmacie (Service Médical Rendu modéré : R.O. 30 %)
Pharmacie (Service Médical Rendu faible : R.O. 15 %)
Homéopathie
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) médecins adhérents Optam/Optam-Co (1)
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) médecins non adhérents Optam/Optam-Co (1)
Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayons
Piqûres - Soins infirmiers et analyses de laboratoire
Massages et rééducation (kinésithérapeute)
Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, orthoptiste...)
Orthopédie
Audioprothèse (par appareil)
Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles...)
Forfaits divers orthopédie (prothèse mammaire, capillaire, protection incontinence) (4)

100%
100%
100%
100%
120%
100%
100%
100%
100%
100%
100%
100%
100% + 300€
200%
Oui

OPTIQUE

Ophthalmologie - Orthoptie
Lunettes (5) :
• Monture
• Verres simples
• Verres complexes
• Verres très complexes
Lentilles acceptées par la S.S. (forfait annuel) (5)

100%
120€
90€ x 2
125€ x 2
190€ x 2
125€ x 2

DENTAIRE

Soins dentaires
Prothèses remboursées par la S.S.
Inlays - Onlays
Orthodontie acceptée par la S.S.
Implantologie (jusqu'à 2 par an)
Parodontologie (non cumulable avec l'implantologie)

100%
250%
150%
150%
250€/unité
500€/an

PRÉVENTION & AUTRES PRESTATIONS (3)

Traitement anti-tabac (sur prescription médicale) ou coaching sportif (4)
Forfait «plus» pour actes hors nomenclature non remboursés S.S. (4)
Vaccins anti-grippe, contre la méningite et le choléra
Test de dépistage du cancer du côlon
Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie/Pédicurie ou Acupuncture (sur facture d'un praticien diplômé mentionnant la fédération dont il relève)
OU consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien (sur prescription médicale)
Cure thermale hors hôpital : forfait incluant frais d'hébergement et transport (4)
Certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique d'un sport (6)
Rempart Assistance et services dédiés Prévention / Aide aux aidants

200€
100€
100%
Oui
5 séances/an
40€/séance
250€
30€
Oui

Optique (définitions) :

- Verres simples : verres dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries.
- Verres complexes : verres simples dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.
- Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 77690037 et affiliée à la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM). Edition décembre 2018. Document non contractuel.

Garanties Solidaires et Non Responsables

ANNÉE
UNIVERSITAIRE
2019-2020OFFRE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
ÉTUDIANTS & APPRENTISMUTUELLE DU
REMPART

LE FUTUR ASSURÉ

Tarifs et prestations à compter du 1^{er} septembre 2019

Garanties exclusivement réservées aux étudiants et apprentis jusqu'à 28 ans.

Garanties conformes à la définition des contrats solidaires qui intègrent les deux prestations de prévention suivantes : le dépistage de l'hépatite B, l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 09/06/2006 (diphthérie, tétanos, poliomélie, rubéole, haemophilus influenzae B). Les taux et les montants indiqués (forfait par année universitaire) sont ceux du remboursement cumulé de la Sécurité Sociale (ou de votre Caisse de Régime Obligatoire) et de la Mutuelle du Rempart, dans la limite des frais engagés et sur la Base de Remboursement (BR) en vigueur au 01/01/2019. Toute évolution de la BR pourra entraîner des modifications du niveau de nos remboursements. Par obligation, nous ne remboursons pas les franchises médicales applicables ainsi que la baisse de la part légalisée dans le cadre de non respect du parcours de soins.

	9,50 €/mois 114 €/an	20,75 €/mois 249 €/an	30,00 €/mois 360 €/an	39,00 €/mois 468 €/an	
	FORME	VITALITÉ	TONUS	BRIO	
HOSPITALISATION	CHIRURGIE ET HOSPITALISATION MÉDICALE				
	Honoraires - Examens préalables - Frais de séjour	100%	100%	100%	100%
	Indemnités forfaitaires en cas d'urgence (1)	oui	oui	oui	oui
	Frais d'accompagnant (repas + lit) (2) + (3)	-	-	25 €/jour	25 €/jour
	Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 500 € (3)	oui	oui	oui	oui
	Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie ambulatoire : 50 % du dépassement dans la limite de 500 € (3)	oui	oui	oui	oui
	Cure thermale en milieu hospitalier	oui	oui	oui	oui
	MATERNITÉ				
	Frais d'accouchement	100%	100%	100%	100%
	Dépassements d'honoraires du gynécologue et de l'anesthésiste : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 500 € (3)	oui	oui	oui	oui
Fécondation in vitro (sur prescription médicale) (3)	-	-	-	80 €	
Allocation maternité (3) + (4)	-	-	-	80 €	
I.V.G. (Interruption Volontaire de Grossesse)	100%	100%	100%	100%	
FORFAIT JOURNALIER (5)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
CHAMBRE PARTICULIÈRE (6)	-	45 €/j	47 €/j	50 €/j	
CHAMBRE PARTICULIÈRE EN AMBULATOIRE (7)	-	15 €/j	15 €/j	15 €/j	
FRAIS DE TRANSPORT REMBOURSÉS SS (8)	100%	100%	100%	100%	
MALADIE	PHARMACIE, HONORAIRES ET ACTES MÉDICAUX				
	Pharmacie	100%	100%	100%	100%
	Honoraires médicaux (consultations, visites, ...) (9)	100%	100%	100%	100%
	Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayon	-	100%	100%	100%
	Analyses de laboratoire	100%	100%	100%	100%
	Piqûres et soins infirmiers	-	100%	100%	100%
	Massages et rééducation (kinésithérapeute)	-	100%	100%	100%
	Autres auxiliaires médicaux	-	100%	100%	100%
	Audioprothèse (par appareil)	-	100%	350 €	450 €
	Petite orthopédie	-	100%	150%	200%
	DENTAIRE				
	Soins dentaires	100%	100%	100%	100%
	Prothèses dentaires	-	150%	200%	250%
	Inlay - Onlay	-	100%	150%	150%
	Orthodontie	-	150%	175%	225%
	• acceptée par la Sécurité Sociale	-	-	-	125%
	• refusée par la Sécurité Sociale (BR reconstruite)	-	-	-	-
	Implantologie (jusqu'à 2 par an)	-	90 €/unité	150 €/unité	200 €/unité
	Parodontologie	-	180 €/an	300 €/an	400 €/an
	OPTIQUE				
	Ophthalmologie	-	100%	100%	100%
	Fournitures Optiques	-	100%	100%	100%
Lunettes	-	⊕	⊕	⊕	
• Monture	-	35 €	60 €	70 €	
• Verres Unifocaux	-	70 € (35 €/unité)	110 € (55 €/unité)	130 € (65 €/unité)	
ou Verres Multifocaux	-	70 € (35 €/unité)	160 € (80 €/unité)	230 € (115 €/unité)	
ou Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	-	105 € (52,50 €/unité)	170 € (85 €/unité)	200 € (100 €/unité)	
ou Lentilles refusées par la Sécurité Sociale (3)	-	-	170 € (85 €/unité)	200 € (100 €/unité)	
Traitement au laser de la Myopie ou autre chirurgie réfractive (3)	-	-	170 €/oeil	200 €/oeil	
AUTRES (3)	AUTRES PRESTATIONS				
	Forfait pour actes lourds supérieurs à 120 €	oui	oui	oui	oui
	Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie-Pédicurie ou Diététicien-Nutritionniste (Praticiens diplômés), Acupuncture, Psychomotricité (sur prescription médicale) (1)	-	-	4 séances 25 €/séance	5 séances 30 €/séance
	Cure Thermale hors Hôpital (barème forfaitaire) (1) + (8)	-	-	100% + 160 €	100% + 200 €
	PRÉVENTION				
	Traitement anti-tabac sur prescription médicale (1)	30 €	70 €	200 €	200 €
	Vaccins anti-grippe, contre la méningite et le choléra	-	-	oui	oui
	Forfait actes hors nomenclature non remboursés Sécurité Sociale dont pilules contraceptives 3 ^{ème} et 4 ^{ème} génération (1)	30 €	30 €	70 €	90 €
	Certificat médical attestant de l'absence de non contre indication à la pratique du sport, réalisé par un médecin du sport (10)	30 €	30 €	30 €	30 €

(1) Nous consulter. (2) En chirurgie : Enfants de moins de 15 ans et adulte handicapé sans limite. Adulte : 15 jours si intervention ≤ 250 €. En hospitalisation médicale : Enfant jusqu'à 12 ans et adulte handicapé : limité à 15 jours par an. (3) Prestations sans tiers payant. (4) Sous réserve de plus de 10 mois d'adhésion de la maman ainsi que de l'adhésion du nouveau-né de moins de 2 mois. (5) Chirurgie : durée illimitée Hospitalisation Médicale : 120 jours par an dont limitation à 40 jours en neuropsychiatrie. Maison de soins de suite (convalescence, repos et réadaptation), maison de régime et assimilés, maison d'enfants à caractère sanitaire : nous consulter. (6) Selon option, jusqu'à 50 € par nuit en clinique et tarif conventionnel en hôpital. Prestation exclue en Forme. Chirurgie et maternité : durée illimitée (sauf Vitalité : 30 jours par an). Hospitalisation médicale : Vitalité : exclue. Tonus et BriO : 90 jours par an dont Neuropsychiatrie 40 jours. Prestation non prise en charge en maison de soins de suite (convalescence, repos et réadaptation), ainsi qu'en maison de régime et assimilés. (7) Dans la limite de 5 jours par an. (8) Après accord Sécurité Sociale. (9) Consultations et visites de psychiatres, psychomotricité et psychologues non prises en charge en garantie Forme. La majoration pour consultation injustifiée à domicile non remboursée par la Sécurité Sociale n'est pas prise en charge dans cette prestation. (10) Montant forfaitaire par acte et par an. Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord de notre Médecin Conseil.



COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Prestations santé réservées aux particuliers (salariés, non salariés et assimilés)

HÉVÉA

Tiers payant uniquement pour les prestations hospitalisation

Garanties conformes à la définition des contrats solidaires qui intègrent les deux prestations de prévention suivantes :

- le dépistage de l'hépatite B,
- l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 08/06/2006 (diphtérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, haemophilus influenzae B).

Les taux et les montants indiqués (forfait par année civile) sont ceux du remboursement cumulé de la Sécurité Sociale (ou de votre caisse de régime obligatoire) et de la Mutuelle du Rempart, dans la limite des frais engagés sur la base de remboursement (BR) en vigueur au 01/01/2018. Toute évolution de la BR pourra entraîner des modifications du niveau de nos remboursements. En respect de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et de ses textes d'application, nous ne remboursons pas les franchises ainsi que la baisse de la part légale en cas de non respect du parcours de soins.

- (1) Nous consulter
- (2) Prestations sans tiers payant
- (3) Chirurgie - durée illimitée / Hospitalisation Médicale : 120 jours par année civile dont limitation à 40 jours en neuropsychiatrie / Maison de convalescence, maison de régime et assimilés, maisons d'enfants à caractère sanitaire - nous consulter
- (4) Jusqu'à 45€ par nuit en clinique et tarif conventionnel en hôpital / chirurgie et maternité - durée illimitée
 - Hospitalisation médicale : 90 jours par année civile dont Neuropsychiatrie 40 jours.
 - Prestation non prise en charge en maison de convalescence, maison de régime et assimilés.
- (5) Dans la limite de 6 jours par an
- (6) Après accord Sécurité Sociale
- (7) Montant forfaitaire par acte et par an. Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord de notre médecin conseil.

SERVICES INCLUS

Rempart Assistance
Rempart Prévention

Mutuelle du Rempart
Siège Social - 4/6, boulevard de Strasbourg
BP 7161 - 31072 TOULOUSE - Cedex 7
www.mutuelledurempart.fr

HOSPITALISATION	
CHIRURGIE ET HOSPITALISATION MÉDICALE	
Honoraires - Examens préalables - Frais de séjour	100%
Indemnités forfaitaires en cas d'urgence (1)	oui
Frais d'accompagnant (repas + lit)	-
Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 500 € (2)	oui
Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie ambulatoire : 50 % du dépassement dans la limite de 500 € (2)	oui
Cure thermale en milieu hospitalier	oui
MATERNITÉ	
Frais d'accouchement	100%
Dépassements d'honoraires du gynécologue et de l'anesthésiste : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 500 € (2)	oui
Fécondation in vitro	-
Allocation maternité	-
I.V.G. (Interruption Volontaire de Grossesse)	100%
FORFAIT JOURNALIER (3)	Frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE (4)	jusqu'à 45 €/nuit
CHAMBRE PARTICULIÈRE EN AMBULATOIRE (5)	15 €/jour
FRAIS DE TRANSPORT (6)	100%
MALADIE	
PHARMACIE, HONORAIRES ET ACTES MÉDICAUX	
Pharmacie	100%
Consultations et visites médicales	100%
Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayon	-
Analyses de laboratoire	100%
Piqûres et soins infirmiers	-
Massages et rééducation (kinésithérapeute)	-
Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, podologue,...)	-
Forfait audioprothèse	-
Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles,...)	-
DENTAIRE	
Soins dentaires	100%
Prothèses Dentaires	
• remboursées par la Sécurité Sociale	-
• non remboursées par la Sécurité Sociale	-
Inlay Core - Onlay	-
Orthodontie	
• remboursée par la Sécurité Sociale	-
• non remboursée par la Sécurité Sociale (BR reconstruite)	-
Implantologie	-
Parodontologie	-
OPTIQUE	
Ophthalmologie, orthoptie	-
Fournitures Optiques	
Lunettes	
• Monture	-
• Verres Unifocaux	-
ou Verres Multifocaux	-
ou Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	-
ou Lentilles refusées par la Sécurité Sociale	-
Traitement au laser de la Myopie ou autre chirurgie réfractive	-
AUTRES	
AUTRES PRESTATIONS (2)	
Franchise pour actes lourds supérieurs à 120 €	oui
Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie/Pédicurie ou Acupuncture ou consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien	-
Cure Thermale hors Hôpital (barème forfaitaire)	-
PRÉVENTION (2)	
Traitement anti-tabac sur prescription médicale (1)	30 €
Vaccins anti-grippe, contre la méningite et le choléra	-
Forfait actes hors nomenclature non remboursés Sécurité Sociale	-
Test de dépistage du cancer du côlon	oui
SPÉCIAL SPORTIFS (2)	
Certificat médical attestant de l'absence de contre indication à la pratique du sport, réalisé par un médecin de sport (7)	30 €



LE FUTUR ASSURÉ

Garanties conformes à la définition des contrats solidaires qui intègrent les deux prestations de prévention suivantes :

- le dépistage de l'hépatite B,
- l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 08/06/2006 (diphtérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, haemophilus influenzae B).

Les taux et les montants indiqués (forfait par année civile) sont ceux du remboursement cumulé de la Sécurité Sociale (ou de votre caisse de régime obligatoire) et de la Mutuelle du Rempart, dans la limite des frais engagés sur la base de remboursement (BR) en vigueur au 01/01/2018. Toute évolution de la BR pourra entraîner des modifications du niveau de nos remboursements. En respect de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et de ses textes d'application, nous ne remboursons pas les franchises ainsi que la baisse de la part légale en cas de non respect du parcours de soins.

- (1) Nous consulter
- (2) Prestations sans tiers payant
- (3) Chirurgie : durée illimitée / Hospitalisation Médicale : 120 jours par année civile dont limitation à 40 jours en neuropsychiatrie / Maison de convalescence : maison de régime et assimilés, maisons d'enfants à caractère sanitaire / nous consulter.
- (4) Jusqu'à 45€ par nuit en clinique et tarif conventionnel en hôpital
 - Chirurgie et maternité : 30 jours par année civile.
 - Hospitalisation médicale : exclue.
 - Prestation non prise en charge en maison de convalescence, maison de régime et assimilés.
- (5) Dans la limite de 5 jours par an
- (6) Après accord Sécurité Sociale.
- (7) Montant forfaitaire par acte et par an : Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord de notre médecin conseil.

SERVICES INCLUS

Rempart Assistance
Rempart Prévention

Mutuelle du Rempart
Siège Social - 4/6, boulevard de Strasbourg
BP 7161 - 31072 TOULOUSE - Cedex 7
www.mutuelledurempart.fr

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Prestations santé réservées aux particuliers (salariés, non salariés et assimilés)

Tiers payant pour les prestations hospitalisation et maladie.

AMBRE

HOSPITALISATION	
CHIRURGIE ET HOSPITALISATION MÉDICALE	
Honoraires - Examens préalables - Frais de séjour	100%
Indemnités forfaitaires en cas d'urgence (1)	oui
Frais d'accompagnant (repas + lit)	-
Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 500 € (2)	oui
Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie ambulatoire : 50 % du dépassement dans la limite de 500 € (2)	oui
Cure thermale en milieu hospitalier	oui
MATERNITÉ	
Frais d'accouchement	100%
Dépassements d'honoraires du gynécologue et de l'anesthésiste : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 500 € (2)	oui
Fécondation in vitro	-
Allocation maternité	-
I.V.G. (Interruption Volontaire de Grossesse)	100%
FORFAIT JOURNALIER (3)	Frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE (4)	jusqu'à 45 €/nuit
CHAMBRE PARTICULIÈRE EN AMBULATOIRE (5)	15 €/jour
FRAIS DE TRANSPORT (6)	100%

MALADIE	
PHARMACIE, HONORAIRES ET ACTES MÉDICAUX	
Pharmacie	100%
Honoraires médicaux (consultations, visites, ...)	100%
Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayon	100%
Analyses de laboratoire	100%
Piqûres et soins infirmiers	100%
Massages et rééducation (kinésithérapeute)	100%
Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, podologue, ...)	100%
Audioprothèse	100%
Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles, ...)	100%
DENTAIRE	
Soins dentaires	100%
Prothèses Dentaires <ul style="list-style-type: none"> • remboursées par la Sécurité Sociale • non remboursées par la Sécurité Sociale 	150% -
Inlay Core - Onlay	100%
Orthodontie <ul style="list-style-type: none"> • remboursée par la Sécurité Sociale • non remboursée par la Sécurité Sociale 	150% -
Implantologie (jusqu'à 2 par an)	120€/unité
Parodontologie	240€/an
OPTIQUE	
Ophthalmologie, orthoptie	100%
Fournitures Optiques	100%
Lunettes <ul style="list-style-type: none"> • Monture • Verres Unifocaux ou Verres Multifocaux 	jusqu'à 35 € jusqu'à 70 € (35 €/unité) jusqu'à 70 € (35 €/unité)
ou Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	jusqu'à 105 € (52,50 €/unité)
ou Lentilles refusées par la Sécurité Sociale	-
Traitement au laser de la Myopie ou autre chirurgie réfractive	-

AUTRES	
AUTRES PRESTATIONS (2)	
Franchise pour actes lourds supérieurs à 120 €	oui
Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie/Pédicurie ou Acupuncture ou consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien	-
Cure Thermale hors Hôpital (barème forfaitaire)	-
PRÉVENTION (2)	
Traitement anti-tabac sur prescription médicale (1)	70 €
Vaccins anti-grippe, contre la méningite et le choléra	-
Forfait actes hors nomenclature non remboursés Sécurité Sociale	-
Test de dépistage du cancer du côlon	oui
SPÉCIAL SPORTIFS (2)	
Certificat médical attestant de l'absence de contre indication à la pratique du sport, réalisé par un médecin de sport (7)	30 €

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le n° SIREN 776950337 et affiliée à la Fédération Nationale Indépendante des Mutualités (FNI). Document non contractuel, 12/2018



Garanties conformes à la définition des contrats solidaires qui intègrent les deux prestations de prévention suivantes :

- le dépistage de l'hépatite B,
- l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 08/06/2006 (diphtérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, haemophilus influenzae B),

Les taux et les montants indiqués (forfait par année civile) sont ceux du remboursement cumulé de la Sécurité Sociale (ou de votre caisse de régime obligatoire) et de la Mutuelle du Rempart, dans la limite des frais engagés sur la base de remboursement (BR) en vigueur au 01/01/2018. Toute évolution de la BR pourra entraîner des modifications du niveau de nos remboursements. En respect de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et de ses textes d'application, nous ne remboursons pas les franchises ainsi que la baisse de la part légale en cas de non respect du parcours de soins.

- (1) Nous consulter
- (2) Prestations sans tiers payant
- (3) Chirurgie et maternité : durée illimitée
Hospitalisation médicale : 120 jours par année civile dont limitation à 40 jours en Neuropsychiatrie.
Maison de convalescence, maison de régime et assimilés, maisons d'enfants à caractère sanitaire : nous consulter
- (4) Jusqu'à 45€ par nuit en clinique et tarif conventionnel en hôpital / Chirurgie et maternité : durée illimitée.
► Hospitalisation médicale : 90 jours par année civile (Neuropsychiatrie exclue)
▪ Prestation non prise en charge en maison de convalescence, maison de régime et assimilés.
- (5) Dans la limite de 5 jours par an
- (6) Après accord Sécurité Sociale
- (7) Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie / Pédiacurie ou Consultation Diététicien / Nutritionniste / prise en charge sur facture d'un praticien diplômé mentionnant la fédération dont il relève. Acupuncture ou Consultation Psychomotricien : prise en charge sur prescription médicale.
- (8) Montant forfaitaire par acte et par an. Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord de notre médecin conseil.

SERVICES INCLUS

Rempart Assistance
Rempart Prévention

Mutuelle du Rempart
Siège Social - 4/6, boulevard de Strasbourg
BP 7161 - 31072 TOULOUSE - Cedex 7
www.mutuelledurempart.fr

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Prestations santé réservées aux particuliers (salariés, non salariés et assimilés)

CÉDRAT

Tiers payant pour les prestations hospitalisation et en option selon la formule souscrite pour les prestations maladie.

HOSPITALISATION	
CHIRURGIE ET HOSPITALISATION MÉDICALE	
Honoraires - Examens préalable - Frais de séjour	100%
Indemnités forfaitaires en cas d'urgence (1)	oui
Frais d'accompagnant (repas + lit)	-
Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 500 € (2)	oui
Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie ambulatoire : 50 % du dépassement dans la limite de 500 € (2)	oui
Cure thermale en milieu hospitalier	oui
MATERNITÉ	
Frais d'accouchement	100%
Dépassements d'honoraires du gynécologue et de l'anesthésiste : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 500 € (2)	oui
Fécondation in vitro	-
Allocation maternité	-
I.V.G. (Interruption Volontaire de Grossesse)	100%
FORFAIT JOURNALIER (3)	
CHAMBRE PARTICULIÈRE (4)	jusqu'à 45 €/nuit
CHAMBRE PARTICULIÈRE EN AMBULATOIRE (5)	15 €/jour
FRAIS DE TRANSPORT (6)	100%
MALADIE	
PHARMACIE, HONORAIRES ET ACTES MÉDICAUX	
Pharmacie	100%
Honoraires médicaux (consultations, visites, ...)	100%
Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayon	100%
Analyses de laboratoire	100%
Piqûres et soins infirmiers	100%
Massages et rééducation (kinésithérapeute)	100%
Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, podologue,...)	100%
Audioprothèse	250 €
Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles,...)	150%
DENTAIRE	
Soins dentaires	
Prothèses Dentaires	100%
• remboursées par la Sécurité Sociale	175%
• non remboursées par la Sécurité Sociale	-
Inlay Core - Onlay	150%
Orthodontie	-
• remboursée par la Sécurité Sociale	175%
• non remboursée par la Sécurité Sociale	-
Implantologie (jusqu'à 2 par an)	150€/unité
Parodontologie	300€/an
OPTIQUE	
Ophtalmologie, orthoptie	
Fournitures Optiques	100%
Lunettes	⊕
• Monture	jusqu'à 50 €
• Verres Unifocaux	jusqu'à 90 € (45 €/unité)
ou Verres Multifocaux	jusqu'à 140 € (70 €/unité)
ou Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	jusqu'à 140 € (70 €/unité)
ou Lentilles refusées par la Sécurité Sociale	140 € (70 €/unité)
Traitement au laser de la Myopie ou autre chirurgie réfractive	-
AUTRES	
AUTRES PRESTATIONS (2)	
Franchise pour actes lourds supérieurs à 120 €	oui
Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie/Pédiacurie ou Acupuncture ou consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien (7)	4 séances 20 €/séance
Cure Thermale hors Hôpital (barème forfaitaire)	-
PRÉVENTION (2)	
Traitement anti-tabac sur prescription médicale (1)	70 €
Vaccins anti-grippe, contre la méningite et le choléra	-
Forfait actes hors nomenclature non remboursés Sécurité Sociale	50 €
Test de dépistage du cancer du côlon	oui
SPÉCIAL SPORTIFS (2)	
Certificat médical attestant de l'absence de contre indication à la pratique du sport, réalisé par un médecin de sport (8)	30 €



Garanties conformes à la définition des contrats solidaires qui intègrent les deux prestations de prévention suivantes :

- le dépistage de l'hépatite B,
- l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 08/06/2006 (diphtérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, haemophilus influenzae B).

Les taux et les montants indiqués (forfait par année civile) sont ceux du remboursement cumulé de la Sécurité Sociale (ou de votre caisse de régime obligatoire) et de la Mutuelle du Rempart, dans la limite des frais engagés sur la base de remboursement (BR) en vigueur au 01/01/2018. Toute évolution de la BR pourra entraîner des modifications du niveau de nos remboursements. En respect de l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale et de ses textes d'application, nous ne remboursons pas les franchises ainsi que la baisse de la part légale en cas de non respect du parcours de soins.

- (1) Nous consulter
- (2) En chirurgie :
- Enfants de moins de 15 ans et adulte handicapé : sans limite.
 - Adulte : 15 jours si intervention ≤ 250€
 - Adulte de plus de 70 ans : sans limite si intervention ≥ 210€.
- En hospitalisation médicale :
- Enfant jusqu'à 12 ans et adulte handicapé : limité à 15 jours par année civile.
- (3) Prestations sans tiers payant
- (4) Chirurgie : durée illimitée / Hospitalisation Médicale : 120 jours par année civile dont limitation à 40 jours en neuropsychiatrie / Maison de convalescence, maison de régime et assimilés, maisons d'enfants à caractère sanitaire : nous consulter
- (5) Jusqu'à 47 € par nuit en clinique et tarif conventionnel en hôpital :
- Chirurgie et maternité : durée illimitée.
 - Hospitalisation médicale : 90 jours par année civile dont Neuropsychiatrie 40 jours.
 - Prestation non prise en charge en maison de convalescence, maison de régime et assimilés.
- (6) Dans la limite de 5 jours par an
- (7) Après accord Sécurité Sociale.
- (8) Ostéopathe ou Chiropracteur ou Etiothérapeute ou Podologue / Pédiatrite ou Consultation Diététicien / Nutritionniste prise en charge sur facture d'un praticien diplômé mentionnant la fédération dont il relève: Acupuncture ou Consultation Psychomotricien : prise en charge sur prescription médicale.
- (9) Montant forfaitaire par acte et par an. Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord de notre médecin conseil.

SERVICES INCLUS

Rempart Assistance
Rempart Prévention

Mutuelle du Rempart
Siège Social - 4/6, boulevard de Strasbourg
BP 7161 - 31072 TOULOUSE - Cedex 7
www.mutuelledurempart.fr

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Prestations santé réservées aux particuliers (salariés, non salariés et assimilés)

FOUGÈRE

Tiers payant uniquement pour les prestations hospitalisation, excepté pour les résidents du département du Tarn (81), Tiers Payant hospitalisation et maladie.

HOSPITALISATION	
CHIRURGIE ET HOSPITALISATION MÉDICALE	
Honoraires - Examens préalables - Frais de séjour	100%
Indemnités forfaitaires en cas d'urgence (1)	oui
Frais d'accompagnant (repas + lit) (2) + (3)	jusqu'à 25 €/jour
Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 500 € (3)	oui
Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie ambulatoire : 50 % du dépassement dans la limite de 500 € (3)	oui
Cure thermale en milieu hospitalier	oui
MATERNITÉ	
Frais d'accouchement	100%
Dépassements d'honoraires du gynécologue et de l'anesthésiste : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 500 € (3)	oui
Fécondation in vitro	-
Allocation maternité	-
L.V.G. (Interruption Volontaire de Grossesse)	100%
FORFAIT JOURNALIER (4)	Frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE (5)	jusqu'à 47 €/nuit
CHAMBRE PARTICULIÈRE EN AMBULATOIRE (6)	15 €/jour
FRAIS DE TRANSPORT (7)	100%

MALADIE	
PHARMACIE, HONORAIRES ET ACTES MÉDICAUX	
Pharmacie	100%
Honoraires médicaux (consultations, visites, ...)	100%
Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayon	100%
Analyses de laboratoire	100%
Piqûres et soins infirmiers	100%
Massages et rééducation (kinésithérapeute)	100%
Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, podologue, ...)	100%
Forfait audioprothèse	350 €
Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles, ...)	150%
DENTAIRE	
Soins dentaires	100%
Prothèses Dentaires	200%
• remboursées par la Sécurité Sociale	Remboursements annuels non plafonnés
• non remboursées par la Sécurité Sociale	
Inlay Core - Onlay	150%
Orthodontie	175%
• remboursée par la Sécurité Sociale	-
• non remboursée par la Sécurité Sociale (BR reconstituée)	
Implantologie (jusqu'à 2 par an)	200 €/unité
Parodontologie	400 €/an
OPTIQUE	
Ophthalmologie, orthoptie	100%
Fournitures Optiques	100%
Lunettes	Forfait annuel au choix
• Monture	
• Verres Unifocaux	jusqu'à 110 € (55 €/unité)
ou Verres Multifocaux	jusqu'à 160 € (80 €/unité)
ou Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	jusqu'à 170 € (85 €/unité)
ou Lentilles refusées par la Sécurité Sociale (3)	jusqu'à 170 € (85 €/unité)
Traitement au laser de la Myopie ou autre chirurgie réfractive (3)	170 €/œil

AUTRES	
AUTRES PRESTATIONS (3)	
Franchise pour actes lourds supérieurs à 120 €	oui
Ostéopathe ou Chiropracteur ou Etiothérapeute ou Podologue/Pédiatrite ou Acupuncture ou consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien (8)	4 séances 25 €/séance
Cure Thermale hors Hôpital (barème forfaitaire) (1) + (7)	100% + 160 €
PRÉVENTION (3)	
Traitement anti-tabac sur prescription médicale ou coaching sportif (1)	200 €
Vaccins anti-grippe, contre la méningite et le choléra	oui
Forfait actes hors nomenclature non remboursés Sécurité Sociale (1)	70 €
Test de dépistage du cancer du côlon	oui
SPÉCIAL SPORTIFS (3)	
Certificat médical attestant de l'absence de contre indication à la pratique du sport, réalisé par un médecin de sport (9)	30 €

Garanties Solidaires, Non Responsables et non soumises à commercialisation



MUTUELLE DU
REMPART

LE FUTUR ASSURÉ

Garanties conformes à la définition des contrats solidaires qui intègrent les deux prestations de prévention suivantes :

- le dépistage de l'hépatite B,
- l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 08/06/2006 (diphtérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, haemophilus influenzae B).

Les taux et les montants indiqués (forfait par année civile) sont ceux du remboursement cumulé de la Sécurité Sociale (ou de votre caisse de régime obligatoire) et de la Mutuelle du Rempart, dans la limite des frais engagés sur la base du remboursement (BR) en vigueur au 01/01/2018. Toute évolution de la BR pourra entraîner des modifications du niveau de nos remboursements. En respect de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et de ses textes d'application, nous ne remboursons pas les franchises ainsi que la baisse de la part légale en cas de non respect du parcours de soins.

- (1) Nous consulter.
- (2) En chirurgie :
 - Enfants de moins de 15 ans et adulte handicapé sans limite
 - Adulte : 15 jours si intervention < 250€
 - Adulte de plus de 70 ans : sans limite si intervention < 210€
 En hospitalisation médicale :
 - Enfant jusqu'à 12 ans et adulte handicapé : limite à 15 jours par année civile
- (3) Prestations sans tiers payant
- (4) Sous réserve de plus de 10 mois d'adhésion de la maman ainsi que de l'adhésion du nouveau-né de moins de 2 mois.
- (5) Chirurgie : durée illimitée / Hospitalisation Médicale : 120 jours par année civile dont limitation à 40 jours en neuropsychiatrie / Maison de convalescence, maison de régime et assimilés, maisons d'enfants à caractère sanitaire : nous consulter.
- (6) Jusqu'à 50 € par nuit en clinique et tarif conventionnel en hôpital :
 - Chirurgie et maternité : durée illimitée
 - Hospitalisation médicale : 90 jours par année civile dont Neuropsychiatrie 40 jours
 - Prestation non prise en charge en maison de convalescence, maison de régime et assimilés.
- (7) Dans la limite de 5 jours par an
- (8) Après accord Sécurité Sociale
- (9) Ostéopathe ou Chiropracteur ou Etiopathe ou Podologie / Pédicure ou Consultation Diététicien / Nutritionniste prise en charge sur facture d'un praticien diplômé mentionnant la Fédération dont il relève Acupuncture ou Consultation Psychomotricien : prise en charge sur prescription médicale.
- (10) Montant forfaitaire par acte et par an. Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord de notre médecin conseil.

SERVICES INCLUS

Rempart Assistance
Rempart Prévention

Mutuelle du Rempart

Siège Social - 4/6, boulevard de Strasbourg
BP 7161 - 31072 TOULOUSE - Cedex 7
www.mutuelledurempart.fr

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Prestations santé réservées aux particuliers (salariés, non salariés et assimilés)

BRUYÈRE

Tiers payant pour les prestations hospitalisation et maladie.

HOSPITALISATION	
CHIRURGIE ET HOSPITALISATION MÉDICALE	
Honoraires - Examens préalables - Frais de séjour	100%
Indemnités forfaitaires en cas d'urgence (1)	oui
Frais d'accompagnant (repas + lit) (2) + (3)	jusqu'à 25 €/jour
Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 500 € (3)	oui
Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie ambulatoire : 50 % du dépassement dans la limite de 500 € (3)	oui
Cure thermale en milieu hospitalier	oui
MATERNITÉ	
Frais d'accouchement	100%
Dépassements d'honoraires du gynécologue et de l'anesthésiste : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 500 € (3)	oui
Fécondation in vitro (sur prescription médicale) (3)	80 €
Allocation maternité (3) + (4)	80 €
I.V.G. (Interruption Volontaire de Grossesse)	100%
FORFAIT JOURNALIER (5)	Frais réels
CHAMBRE PARTICULIÈRE (6)	jusqu'à 50 €/nuit
CHAMBRE PARTICULIÈRE EN AMBULATOIRE (7)	15 €/jour
FRAIS DE TRANSPORT (8)	100%

MALADIE	
PHARMACIE, HONORAIRES ET ACTES MÉDICAUX	
Pharmacie	100%
Honoraires médicaux (consultations, visites, ...)	100%
Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayon	100%
Analyses de laboratoire	100%
Piqûres et soins infirmiers	100%
Massages et rééducation (kinésithérapeute)	100%
Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, podologue, ...)	100%
Forfait audioprothèse	450 €
Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles, ...)	200%
DENTAIRE	
Soins dentaires	100%
Prothèses Dentaires	
• remboursées par la Sécurité Sociale	250%
• non remboursées par la Sécurité Sociale	-
Inlay Core - Onlay	150%
Orthodontie	
• remboursée par la Sécurité Sociale	225%
• non remboursée par la Sécurité Sociale (BR reconstruite)	125%
Implantologie (jusqu'à 2 par an)	300 €/unité
Parodontologie	600 €/an
OPTIQUE	
Ophthalmologie, orthoptie	100%
Fournitures Optiques	100%
Lunettes	
• Monture	jusqu'à 70 €
• Verres Unifocaux	jusqu'à 130 € (65 €/unité)
ou Verres Multifocaux	jusqu'à 230 € (115 €/unité)
ou Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	jusqu'à 200 € (100 €/unité)
ou Lentilles refusées par la Sécurité Sociale (3)	jusqu'à 200 € (100 €/unité)
Traitement au laser de la Myopie ou autre chirurgie réfractive (3)	200 €/oeil

AUTRES	
AUTRES PRESTATIONS (3)	
Franchise pour actes lourds supérieurs à 120 €	oui
Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie/Pédicure ou Acupuncture ou consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien (9)	5 séances 30 €/séance
Cure Thermale hors Hôpital (barème forfaitaire) (1) + (8)	100% + 200 €
PRÉVENTION (3)	
Traitement anti-tabac sur prescription médicale ou coaching sportif (1)	200 €
Vaccins anti-grippe, contre la méningite et le choléra	oui
Forfait actes hors nomenclature non remboursés Sécurité Sociale (1)	90 €
Test de dépistage du cancer du côlon	oui
SPÉCIAL SPORTIFS (3)	
Certificat médical attestant de l'absence de contre indication à la pratique du sport, réalisé par un médecin de sport (10)	30 €


**MUTUELLE DU
REMPART**
LE FUTUR ASSURÉ

Garanties conformes à la définition des contrats solidaires qui intègrent les deux prestations de prévention suivantes :

- le dépistage de l'hépatite B,
- l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 08/06/2006 (diphtérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, haemophilus influenzae B).

Les taux et les montants indiqués (forfait par année civile) sont ceux du remboursement cumulé de la Sécurité Sociale (ou de votre caisse de régime obligatoire) et de la Mutuelle du Rempart, dans la limite des frais engagés sur la base de remboursement (BR) en vigueur au 01/01/2018. Toute évolution de la BR pourra entraîner des modifications du niveau de nos remboursements. En respect de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale et de ses textes d'application, nous ne remboursons pas les franchises, ainsi que la baisse de la part légale en cas de non respect du parcours de soins.

- (1) Nous consulter
- (2) En chirurgie
 - Enfants de moins de 15 ans et adulte handicapé : sans limite.
 - Adulte : 15 jours si intervention >= 250€.
 - Adulte de plus de 70 ans : sans limite si intervention > 210€.
- (3) En hospitalisation médicale
 - Enfant jusqu'à 12 ans et adulte handicapé : limité à 15 jours par année civile.
- (4) Prestations sans tiers payant
- (5) Sous réserve de plus de 10 mois d'adhésion de la maman ainsi que de l'adhésion du nouveau-né de moins de 2 mois.
- (6) Chirurgie : durée illimitée / Hospitalisation Médicale : 120 jours par année civile dont limitation à 40 jours en neuropsychiatrie / Maison de convalescence, maison de régime et assimilées, maisons d'enfants à caractère sanitaire - nous consulter.
- (7) Jusqu'à 55€ par nuit en clinique et tarif conventionnel en hôpital
 - Chirurgie et maternité : durée illimitée.
 - Hospitalisation médicale : 90 jours par année civile dont Neuropsychiatrie 40 jours.
 - Prestation non prise en charge en maison de convalescence, maison de régime et assimilées.
- (8) Dans la limite de 5 jours par an
- (9) Après accord Sécurité Sociale
- (10) Ostéopathe ou Chiropracteur ou Etiopathe ou Podologue / Pédiatre ou Consultation Diététicien / Nutritionniste prise en charge sur facture d'un praticien diplômé mentionnant la Fédération dont il relève. Acupuncture ou Consultation Psychomotricien : prise en charge sur prescription médicale.
- (11) Montant forfaitaire par acte et par an: Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord de notre médecin conseil.

SERVICES INCLUS

 Rempart Assistance
Rempart Prévention

Mutuelle du Rempart

 Siège Social - 4/6, boulevard de Strasbourg
BP 7161 - 31072 TOULOUSE - Cedex 7
www.mutuelledurempart.fr

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Prestations santé réservées aux particuliers (salariés, non salariés et assimilés)

MENTHE

Tiers payant pour les prestations hospitalisation et en option selon la formule souscrite pour les prestations maladie.

HOSPITALISATION	
CHIRURGIE ET HOSPITALISATION MÉDICALE	
Honoraires - Examens préalable - Frais de séjour	100%
Indemnités forfaitaires en cas d'urgence (1)	oui
Frais d'accompagnant (repas + lit) (2) + (3)	jusqu'à 25 €/jour
Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 600 € (3)	oui
Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie ambulatoire : 50 % du dépassement dans la limite de 600 € (3)	oui
Cure thermale en milieu hospitalier	oui
MATERNITÉ	
Frais d'accouchement	100%
Dépassements d'honoraires du gynécologue et de l'anesthésiste : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés, dans la limite de 600 € (3)	oui
Fécondation in vitro (sur prescription médicale) (3)	160 €
Allocation maternité (3) + (4)	160 €
I.V.G. (Interruption Volontaire de Grossesse)	100%
FORFAIT JOURNALIER (5)	
CHAMBRE PARTICULIÈRE (6)	jusqu'à 55 €/nuit
CHAMBRE PARTICULIÈRE EN AMBULATOIRE (7)	15 €/jour
FRAIS DE TRANSPORT (8)	100%
MALADIE	
PHARMACIE, HONORAIRES ET ACTES MÉDICAUX	
Pharmacie	100%
Honoraires médicaux (consultations, visites, ...)	jusqu'à 38 €
Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayon	100%
Analyses de laboratoire	100%
Piqûres et soins infirmiers	100%
Massages et rééducation (kinésithérapeute)	100%
Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, podologue, ...)	100%
Forfait audioprothèse	500 €
Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles, ...)	250%
DENTAIRE	
Soins dentaires	
Prothèses Dentaires	
• remboursées par la Sécurité Sociale	300%
• non remboursées par la Sécurité Sociale	125%
Inlay Core - Onlay	200%
Orthodontie	
• remboursée par la Sécurité Sociale	275%
• non remboursée par la Sécurité Sociale (BR reconstruite)	150%
Implantologie (jusqu'à 2 par an)	350 €/unité
Parodontologie	700 €/an
OPTIQUE	
Ophtalmologie, orthoptie	
Fournitures Optiques	100%
Lunettes	
• Monture	jusqu'à 100 €
• Verres Unifocaux	jusqu'à 150 € (75 €/unité)
ou Verres Multifocaux	jusqu'à 300 € (150 €/unité)
ou Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	jusqu'à 250 € (125 €/unité)
ou Lentilles refusées par la Sécurité Sociale (3)	jusqu'à 250 € (125 €/unité)
Traitement au laser de la Myopie ou autre chirurgie réfractive (3)	250 €/œil
AUTRES	
AUTRES PRESTATIONS (3)	
Franchise pour actes lourds supérieurs à 120 €	oui
Ostéopathe ou Chiropracteur ou Etiopathe ou Podologue/Pédiatre ou Acupuncture ou consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien (9)	5 séances 35 €/séance
Cure Thermale hors Hôpital (barème forfaitaire) (1) + (8)	100% + 250 €
PRÉVENTION (3)	
Traitement anti-tabac sur prescription médicale ou coaching sportif (1)	200 €
Vaccins anti-grippe, contre la méningite et le choléra	oui
Forfait actes hors nomenclature non remboursés Sécurité Sociale (1)	120 €
Test de dépistage du cancer du côlon	oui
SPÉCIAL SPORTIFS (3)	
Certificat médical attestant de l'absence de contre indication à la pratique du sport, réalisé par un médecin de sport (10)	30 €

Garanties Solidaires et Responsables



Garanties "FRAIS DE SANTÉ" 2019 :

Document non contractuel

Garanties conformes à la définition des contrats dits "Solidaires et Responsables", au sens notamment des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 de ce même code, telles qu'issues de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. Elles intègrent les 2 prestations de prévention suivantes : le dépistage de l'hépatite B, l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 8 juin 2006 (diphthérie, tétanos, poliovirémie, rubéole, haemophilus influenzae B). Les taux et montants indiqués sont ceux du remboursement cumulé de la S.S. ou R.O. et de la Mutuelle dans le limite des frais engagés sur la base de remboursement (BRESS) en vigueur au 1er janvier 2018.

	ANIS 15	LAURIER 15	BADIANE 15	MUSCADE 15	SAFRAN 15
HOSPITALISATION					
Examens préalables – Frais de séjour	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires de praticiens adhérant au dispositif OPTAM/OPTAM-CO	100%	150%	160%	180%	200%
Honoraires de praticiens n'adhérant pas au dispositif OPTAM/OPTAM-CO	100%	120%	130%	140%	150%
Forfait hospitalier : en MCO, SSR, Psychiatrie, sauf établissements médico-sociaux (MAS et EHPAD)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation aux frais pour actes lourds > 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Chambre particulière (pendant 90 jours/an dont Neuropsychiatrie = 40 jours) ⁽¹⁾ - Exclusion pour maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation), maison de régime et assimilés	-	45 €/jour	47 €/jour	50 €/jour	55 €/jour
Chambre particulière en ambulatoire (limité à 5 jours/an)	-	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
Frais d'accompagnement (lit et repas) montant forfaitaire : sans limite pour enfant de moins de 15 ans ou adulte handicapé ; autres cas, nous consulter ⁽¹⁾	-	20 €/jour	25 €/jour	25 €/jour	30 €/jour
Cure thermique en milieu hospitalier	100%	100%	100%	100%	100%
Transport remboursé S.S.	100%	100%	100%	100%	100%
Frais d'accouchement	100%	100%	100%	100%	100%
Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.)	100%	100%	100%	100%	100%
Fécondation in vitro (sur prescription médicale) ⁽¹⁾	TM	TM	80 €	160 €	230 €
FRAIS MEDICAUX					
Pharmacie (Service Médical Rendu majeur ou important : R.O. 65 %)	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie (Service Médical Rendu modéré : R.O. 30 %)	-	100%	100%	100%	100%
Pharmacie (Service Médical Rendu faible : R.O. 15 %)	-	-	100%	100%	100%
Homéopathie	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) pour les médecins adhérant au dispositif OPTAM/OPTAM-CO	100%	120%	150%	160%	200%
Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) pour les médecins n'adhérant pas au dispositif OPTAM/OPTAM-CO	100%	100%	120%	130%	140%
Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayons	100%	100%	100%	100%	100%
Piqûres - Soins infirmiers et analyses de laboratoire	100%	100%	100%	100%	100%
Massages et rééducation (kinésithérapeute)	100%	100%	100%	100%	100%
Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, orthoptiste ...)	100%	100%	100%	100%	100%
Orthopédie	100%	100%	100%	100%	100%
Audioprothèse (par appareil)	100%	100% + 100 €	100% + 200 €	100% + 300 €	100% + 400 €
Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles ...)	100%	100%	150%	200%	250%
Forfaits divers Orthopédie (nous consulter)	-	OUI	OUI	OUI	OUI
OPTIQUE					
Ophtalmologie - Orthoptie	100%	100%	100%	100%	100%
Lunettes ⁽¹⁾ :					
- Montures	30 €	50 €	70 €	100 €	150 €
- Verres simples	35 € x 2	50 € x 2	70 € x 2	90 € x 2	110 € x 2
- Verres complexes	85 € x 2	100 € x 2	125 € x 2	150 € x 2	175 € x 2
- Verres très complexes	85 € x 2	125 € x 2	150 € x 2	190 € x 2	250 € x 2
Lentilles (forfait annuel, nous consulter) :					
ou Lentilles acceptées par la S.S.	100%	100 € x 2	125 € x 2	150 € x 2	175 € x 2
- Lentilles refusées par la S.S.	-	100 € x 2	125 € x 2	150 € x 2	175 € x 2
Traitement de la myopie au laser ou autre chirurgie réfractive ⁽¹⁾	-	-	200 €/oeil	250 €/oeil	300 €/oeil
DENTAIRE					
Soins dentaires	100%	100%	100%	100%	100%
Prothèses remboursées par la S.S.	125%	175%	250%	300%	350%
Prothèses non remboursées par la S.S. (jusqu'à 2 par an)	-	-	150 €/unité	250 €/unité	300 €/unité
Inlays - Onlays	100%	150%	150%	200%	200%
Orthodontie acceptée par la S.S.	125%	150%	225%	275%	325%
Orthodontie refusée par la S.S. (jusqu'à 2 par an)	-	-	150 €/unité	250 €/unité	300 €/unité
Implantologie (jusqu'à 2 par an) non cumulable avec parodontologie	-	120 €/unité	200 €/unité	300 €/unité	350 €/unité
Parodontologie (non cumulable avec l'implantologie)	-	240 €/an	400 €/an	600 €/an	700 €/an
PREVENTION⁽¹⁾					
Traitement antitabac (sur prescription médicale - nous consulter)	-	100 €	150 €	150 €	200 €
Forfait "plus" pour actes hors nomenclature non remboursés Sécurité Sociale (nous consulter)	-	50 €	70 €	90 €	120 €
Vaccins antigrippe, contre la méningite et le choléra	100%	100%	100%	100%	100%
Test de dépistage du cancer du côlon	-	100%	100%	100%	100%
AUTRES PRESTATIONS⁽¹⁾					
Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie/Pédicurie ou Acupuncture (sur facture d'un praticien diplômé mentionnant la fédération dont il relève) OU Consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien (sur prescription médicale)	1 séance/an 40 € par séance	2 séances/an 40 € par séance	4 séances/an 40 € par séance	5 séances/an 40 € par séance	6 séances/an 40 € par séance
Cure thermique hors hôpital (nous consulter)	-	-	160 €	200 €	250 €
REMPART ASSISTANCE et SERVICES DÉDIÉS PRÉVENTION	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le n°1518171656537 et affiliée à la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM) - 11/2018

Garanties Solidaires et Responsables



Garanties "REINFORTE" 2019 :

Document non contractuel

Garanties confirmées à la définition des contrats dits "Solidaires et Responsables", ou sans notamment des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 de ce même code, telles qu'issues de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. Elles intègrent les 2 prestations de prévention suivantes : le dépistage de l'hépatite B, l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 8 juin 2006 (diphthérie, tétanos, polioyérite, rubéole, haemophilus influenzae B). Les taux et montants indiqués sont ceux du remboursement cumulé de la S.S. ou R.O. et de la Mutuelle dans la limite des frais engagés sur la base de remboursement (BRSS) en vigueur au 1er janvier 2018

	Obligatoire	Facultatif				
		REINFORTE A	REINFORTE B	REINFORTE C	REINFORTE D	
ANIS 15						
<i>Les taux et montants indiqués sont ceux du remboursement intervenant après ceux prévus dans la couverture "ANIS 15" de la Mutuelle du Rempart</i>						
HOSPITALISATION	Examens préalables – Frais de séjour	100%	-	-	-	-
	Honoraires de praticiens adhérent au dispositif OPTAM/OPTAM-CO	100%	50%	60%	80%	100%
	Honoraires de praticiens n'adhérant pas au dispositif OPTAM/OPTAM-CO	100%	20%	30%	40%	50%
	Forfait hospitalier : en MCO, SSR, Psychiatrie, sauf établissements médico-sociaux (MAS et EHPAD)	Frais réels	-	-	-	-
	Participation aux frais pour actes lourds > 120 €	OUI	-	-	-	-
	Chambre particulière (pendant 90 jours/an dont Neuropsychiatrie = 40 jours) ⁽¹⁾ - Exclusion pour maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation), maison de régime et assimilés	-	45 €/jour	47 €/jour	50 €/jour	55 €/jour
	Chambre particulière en ambulatoire (limité à 5 jours/an)	-	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
	Frais d'accompagnement (lit et repas) montant forfaitaire : sans limite pour enfant de moins de 15 ans ou adulte handicapé ; autres cas, nous consulter ⁽¹⁾	-	20 €/jour	25 €/jour	25 €/jour	30 €/jour
	Cure thermique en milieu hospitalier	100%	-	-	-	-
	Transport remboursé S.S.	100%	-	-	-	-
FRAIS MEDICAUX	Frais d'accouchement	100%	-	-	-	-
	Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.)	100%	-	-	-	-
	Fécondation in vitro (sur prescription médicale) ⁽¹⁾	TM	-	80 €	160 €	230 €
	Pharmacie (Service Médical Rendu majeur ou important : R.O. 65 %)	100%	-	-	-	-
	Pharmacie (Service Médical Rendu modéré : R.O. 30 %)	-	OUI	OUI	OUI	OUI
	Pharmacie (Service Médical Rendu faible : R.O. 15 %)	-	-	OUI	OUI	OUI
	Homéopathie	100%	-	-	-	-
	Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) pour les médecins adhérent au dispositif OPTAM/OPTAM-CO	100%	20%	50%	60%	100%
	Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) pour les médecins n'adhérant pas au dispositif OPTAM/OPTAM-CO	100%	-	20%	30%	40%
	Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayons	100%	-	-	-	-
OPTIQUE	Piqûres – Soins infirmiers et analyses de laboratoire	100%	-	-	-	-
	Massages et rééducation (kinésithérapeute)	100%	-	-	-	-
	Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, orthoptiste ...)	100%	-	-	-	-
	Orthopédie	100%	-	-	-	-
	Audioprothèse (par appareil)	100%	100 €	200 €	300 €	400 €
	Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles ...)	100%	-	50%	100%	150%
	Forfaits divers Orthopédie (nous consulter)	-	OUI	OUI	OUI	OUI
	Ophtalmologie – Orthoptie	100%	-	-	-	-
	Lunettes ⁽¹⁾ :					
	- Montures	30 €	20 €	40 €	70 €	120 €
- Verres simples	35 € x 2	15 € x 2	35 € x 2	55 € x 2	75 € x 2	
- Verres complexes	85 € x 2	15 € x 2	40 € x 2	65 € x 2	90 € x 2	
- Verres très complexes	85 € x 2	40 € x 2	65 € x 2	105 € x 2	165 € x 2	
Lentilles (forfait annuel, nous consulter) :						
ou - Lentilles acceptées par la S.S.	100%	55 € x 2	75 € x 2	110 € x 2	165 € x 2	
- Lentilles refusées par la S.S.	-	100 € x 2	125 € x 2	150 € x 2	175 € x 2	
Traitement de la myopie au laser ou autre chirurgie réfractive ⁽¹⁾	-	-	200 €/oeil	250 €/oeil	300 €/oeil	
DENTAIRE	Soins dentaires	100%	-	-	-	-
	Prothèses remboursées par la S.S.	125%	50%	125%	175%	225%
	Prothèses non remboursées par la S.S. (jusqu'à 2 par an)	-	-	150 €/unité	250 €/unité	300 €/unité
	Inlays - Onlays	100%	50%	50%	100%	100%
	Orthodontie acceptée par la S.S.	125%	25%	100%	150%	200%
	Orthodontie refusée par la S.S. (jusqu'à 2 par an)	-	-	150 €/unité	250 €/unité	300 €/unité
	Implantologie (jusqu'à 2 par an) non cumulable avec parodontologie	-	120 €/unité	200 €/unité	300 €/unité	350 €/unité
Parodontologie (non cumulable avec l'implantologie)	-	240 €/an	400 €/an	600 €/an	700 €/an	
PREVENTION ⁽¹⁾	Traitement antitabac (sur prescription médicale - nous consulter)	-	100 €	150 €	150 €	200 €
	Forfait "plus" pour actes hors nomenclature non remboursés Sécurité Sociale (nous consulter)	-	50 €	70 €	90 €	120 €
	Vaccins antigrippe, contre la méningite et le choléra	100%	-	-	-	-
	Test de dépistage du cancer du côlon	-	100%	100%	100%	100%
AUTRES PRESTATIONS ⁽¹⁾	Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie/Pédicurie ou Acupuncture (sur facture d'un praticien diplômé mentionnant la fédération dont il relève) OU Consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien (sur prescription médicale)	1 séance/an 40 € par séance	1 séance/an 40 € par séance	3 séances/an 40 € par séance	4 séances/an 40 € par séance	5 séances/an 40 € par séance
	Cure thermique hors hôpital (nous consulter)	-	-	160 €	200 €	250 €
	REMPART ASSISTANCE et SERVICES DÉDIÉS PREVENTION	OUI	-	-	-	-

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre B du Code de la Mutualité, immatriculée au RCS de la Mutualité n°SIREN 77050537 et affiliée à la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (FNIM) - 11/2018

Garanties Solidaires et Responsables

		Garanties "RENFORTS" 2019 :		
		Obligatoire	Document non contractuel Facultatif	
		Laurier 15	RFLM	RFLS
<p>Garanties conformes à la définition des contrats dits "Solidaires et Responsables", au sens notamment des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 de ce même code, telles qu'issues de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. Elles intègrent les 2 prestations de prévention suivantes : le dépistage de l'hépatite B, l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'arrêté du 8 juin 2006 (diphtérie, tétanos, polio, rubéole, haémophilus influenzae B). Les taux et montants indiqués sont ceux du remboursement cumulé de la S.S. ou R.O. et de la Mutuelle dans la limite des frais engagés sur la base de remboursement (BRSS) en vigueur au 1er janvier 2018.</p>				
HOSPITALISATION	Examens préalables – Frais de séjour	100%	-	-
	Honoraires de praticiens adhérant au dispositif OPTAM/OPTAM-CO	150%	30%	50%
	Honoraires de praticiens n'adhérant pas au dispositif OPTAM/OPTAM-CO	120%	20%	30%
	Forfait hospitalier : en MCO, SSR, Psychiatrie, sauf Établissements médico-sociaux (MAS et EHPAD)	Frais réels	-	-
	Participation aux frais pour actes lourds > 120 €	OUI	-	-
	Chambre particulière (pendant 90 jours/an dont Neuropsychiatrie = 40 jours) ⁽²⁾ - Exclusion pour maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation), maison de régime et assimilés	45 €/jour	5 €/jour	10 €/jour
	Chambre particulière en ambulatoire (limité à 5 jours/an)	15 €/jour	-	-
	Frais d'accompagnement (lit et repas) montant forfaitaire : sans limite pour enfant de moins de 15 ans ou adulte handicapé ; autres cas, nous consulter ⁽¹⁾	20 € / jour	5 €/jour	10 €/jour
	Cure thermale en milieu hospitalier	100%	-	-
	Transport remboursé S.S.	100%	-	-
FRAIS MEDICAUX	Frais d'accouchement	100%	-	-
	Interruption Volontaire de Grossesse (I.V.G.)	100%	-	-
	Fécondation in vitro (sur prescription médicale) ⁽¹⁾	TM	160 €	230 €
	Pharmacie (Service Médical Rendu majeur ou important : R.O. 65 %)	100%	-	-
	Pharmacie (Service Médical Rendu modéré : R.O. 30 %)	100%	-	-
	Pharmacie (Service Médical Rendu faible : R.O. 15 %)	-	100%	100%
	Homéopathie	100%	-	-
	Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) pour les médecins adhérant au dispositif OPTAM/OPTAM-CO	120%	40%	80%
	Honoraires médicaux (généralistes et spécialistes) pour les médecins n'adhérant pas au dispositif OPTAM/OPTAM-CO	100%	30%	40%
	Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayons	100%	-	-
OPTIQUE	Piqûres - Soins infirmiers et analyses de laboratoire	100%	-	-
	Massages et rééducation (kinésithérapeute)	100%	-	-
	Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, orthoptiste ...)	100%	-	-
	Orthopédie	100%	-	-
	Audioprothèse (par appareil)	100% + 100 €	200 €	300 €
	Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles ...)	100%	100%	150%
	Forfaits divers Orthopédie (nous consulter)	OUI	-	-
	Ophtalmologie - Orthoptie	100%	-	-
	Lunettes ⁽³⁾ :			
	- Montures	50 €	50 €	100 €
- Verres simples	50 € x 2	40 € x 2	60 € x 2	
- Verres complexes	100 € x 2	50 € x 2	75 € x 2	
- Verres très complexes	125 € x 2	65 € x 2	125 € x 2	
Lentilles (forfait annuel, nous consulter) :				
ou - Lentilles acceptées par la S.S.	100 € x 2	50 € x 2	75 € x 2	
- Lentilles refusées par la S.S.	100 € x 2	50 € x 2	75 € x 2	
Traitement de la myopie au laser ou autre chirurgie réfractive ⁽¹⁾		250 €/œil	300 €/œil	
DENTAIRE	Soins dentaires	100%	-	-
	Prothèses remboursées par la S.S.	175%	125%	175%
	Prothèses non remboursées par la S.S. (jusqu'à 2 par an)	-	250 €/unité	300 €/unité
	Inlays - Onlays	150%	50%	50%
	Orthodontie acceptée par la S.S.	150%	125%	175%
	Orthodontie refusée par la S.S. (jusqu'à 2 par an)	-	250 €/unité	300 €/unité
	Implantologie (jusqu'à 2 par an) non cumulable avec parodontologie	120 €/unité	180 €/unité	230 €/unité
Parodontologie (non cumulable avec l'implantologie)	240 €/an	360 €/an	460 €/an	
PREVENTION ⁽¹⁾	Traitement antitabac (sur prescription médicale - nous consulter)	100 €	50 €	100 €
	Forfait "plus" pour actes hors nomenclature non remboursés Sécurité Sociale (nous consulter)	50 €	40 €	70 €
	Vaccins antigrippe, contre la méningite et le choléra	100%	-	-
Test de dépistage du cancer du côlon	100%	-	-	
AUTRES PRESTATIONS ⁽¹⁾	Ostéopathie ou Chiropractie ou Etiopathie ou Podologie/Pédicurie ou Acupuncture (sur facture d'un praticien diplômé mentionnant la fédération dont il relève) ou Consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien (sur prescription médicale)	2 séances/an 40 € par séance	3 séances/an 40 € par séance	4 séances/an 40 € par séance
	Cure thermale hors hôpital (nous consulter)	-	200 €	250 €
	REMPART ASSISTANCE et SERVICES DÉDIÉS PRÉVENTION	OUI	-	-

Garanties Solidaires, Non Responsables et non soumises à commercialisation



Mutuelle Mutuelle est inscrite au Livre d'Or des Ours de la Mutualité (nominative sous le n° 20607730004) et affiliée à la Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles (F.N.I.M.).

Document d'Information Contractuel

Ces garanties intègrent les deux prestations de prévention suivantes :
 - le dépistage de l'hépatite B,
 - l'ensemble des vaccins prévus selon l'article 1 de l'annexé de 08/06/2006 (diphthérie, tétanos, poliomyélite, rubéole, hémaphtysie, hépatite B).

Les taux et les montants indiqués (forfait par année civile) sont ceux du remboursement cumulé de la Sécurité Sociale (ou de votre Caisses de Régime Obligatoire) et de la Mutuelle de Rempart, dans la limite des frais engagés sur la base de remboursement (BR) en vigueur au 01/01/2018. Toute évolution de la BR pourra entraîner des modifications du niveau de nos remboursements.

Par obligation, nous ne remboursons pas les franchises ainsi que la partie de la part légal en cas de non-respect du parcours de soins.

(1) Nous consulter

(2) En chirurgie :

- Enfant de moins de 15 ans et adulte handicapé : sans limite.
- Adulte : 15 jours si intervention ≤ 250 €.
- Adulte de plus de 70 ans : sans limite si intervention ≤ 210 €.

En hospitalisation médicale :

- Enfant jusqu'à 12 ans et adulte handicapé : limité à 15 jours par an.
- (2) Prestations, sans tiers payant.

(4) Sous réserve de plus de 15 mois d'adhésion de la maman ainsi que de l'adhésion du nouveau-né de moins de 2 mois.

(5) Chirurgie - durée limitée / Hospitalisation médicale : 120 jours par an dont limitation à 40 jours en neuropsychiatrie / Maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation), maison de régime et assimilés, maison d'enfants à caractère sanitaire : nous consulter.

(6) Tarif (cf tableau) en clinique et tarif conventionnel en hôpital :

- Chirurgie et maternité : durée limitée.
- Hospitalisation médicale : 90 jours par an dont neuropsychiatrie 40 jours. Prestation non prise en charge en maison de soins de suite (convalescence, repos, réadaptation), maison de régime et assimilés.
- Chirurgie ambulatoire : 15 € par jour, limité à 5 jours par an.

(7) Ostéopathe ou Chiropracte ou Eliopathe ou Pédiacure / Podologie ou Consultation Diététicien / Nutritionniste : prise en charge sur facture d'un praticien diplômé mentionnant la Fédération dont il relève. Acupuncture ou séance psychomotricien : prise en charge sur prescription médicale.

(8) Après accord Sécurité Sociale.

(9) Montant forfaitaire par acte et par an. Remboursement jusqu'à 4 par famille (2 adultes + 2 enfants ou 1 adulte + 3 enfants) après accord de notre médecin conseil.

Tableau des garanties « FRAIS DE SANTÉ » 2019

		Laurier 01	Badiane 02	Muscade 01	Safran 01
HOSPITALISATION	Chirurgie et hospitalisation médicale	Tiers payant			
	Honoraires – Examens prélaboraux – Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	100 %
	Indemnités forfaitaires en cas d'urgence (1)	oui	oui	oui	oui
	Frais d'accompagnant (repas + lit) (2) + (3) jusqu'à	25 € / jour			
	Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés (2)	dans la limite de 500 €	dans la limite de 500 €	dans la limite de 500 €	dans la limite de 600 €
	Dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste en chirurgie ambulatoire : 50 % du dépassement (2)	dans la limite de 500 €	dans la limite de 500 €	dans la limite de 500 €	dans la limite de 600 €
	Cure thermique en milieu hospitalier	oui	oui	oui	oui
	Maternité	Tiers payant			
	Frais d'accouchement	100 %	100 %	100 %	100 %
	Dépassements d'honoraires du gynécologue et de l'anesthésiste : remboursement à hauteur de 50 % du montant des honoraires conventionnés (2)	dans la limite de 500 €	dans la limite de 500 €	dans la limite de 500 €	dans la limite de 600 €
Fécondation in vitro (sur prescription médicale) (2)	-	80 €	160 €	230 €	
Primes de maternité (2) + (4)	80 €	160 €	250 €	250 €	
I.V.G. (Interruption volontaire de grossesse)	100 %	100 %	100 %	100 %	
Forfait journalier (2) : en MCO, SSR, Psychiatrie, sauf Établissements médico-sociaux (MAS et EHPAD)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Chambre particulière (5) jusqu'à	45 €/jour	47 €/jour	50 €/jour	55 €/jour	
Frais de transport (1) + (6)	100 %	100 %	100 %	100 %	
MALADIE	Pharmacie – Honoraires – Actes médicaux	Tiers payant			
	Pharmacie	100 %	100 %	100 %	100 %
	Honoraires médicaux (consultations, visites ...)	100 %	100 %	Jusqu'à 38 €	Jusqu'à 40 €
	Radios, densitométrie osseuse et traitements par rayons	100 %	100 %	100 %	100 %
	Analyses de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %
	Piqûres et soins infirmiers	100 %	100 %	100 %	100 %
	Massages et rééducation (kinésithérapeute)	100 %	100 %	100 %	100 %
	Autres auxiliaires médicaux (orthophoniste, podologue)	100 %	100 %	100 %	100 %
	Audioprothèse	250 €	350 €	450 €	500 €
	Petite orthopédie (ceinture de maintien, bas de contention, semelles ...)	100 %	150 %	200 %	250 %
	Dentaire Remboursements annuels non cumulables	Tiers payant			
	Soins dentaires	100 %	100 %	100 %	100 %
	Prothèses dentaires : - remboursées par la Sécurité Sociale	175 %	250 %	300 %	350 %
	- non remboursées par le Régime Obligatoire	-	125 %	125 %	150 %
	Inlays - Onlays	150 %	150 %	200 %	200 %
Orthodontie : - acceptée par la Sécurité Sociale	150 %	225 %	275 %	325 %	
- refusée par la Sécurité Sociale	-	125 % TR	150 % TR	200 % TR	
Implantologie : jusqu'à 2 par an	120 € / unité	200 € / unité	300 € / unité	350 € / unité	
Parodontologie	240 € / an	400 € / an	500 € / an	700 € / an	
Ophtalmologie Forfait annuel de vision	Tiers payant				
Ophtalmologie – Orthoptie	100 %	100 %	100 %	100 %	
Fournitures optiques adultes ou enfants (Lunettes ou lentilles acceptées par la SS)	100 % +	100 % +	100 % +	100 % +	
* Monture jusqu'à	50 €	70 €	100 €	130 €	
* Verres unifocaux jusqu'à	90 € (45 €/V)	130 € (65 €/V)	150 € (75 €/V)	170 € (85 €/V)	
ou Verres multifocaux jusqu'à	150 € (75 €/V)	230 € (115 €/V)	300 € (150 €/V)	320 € (160 €/V)	
* Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale jusqu'à	140 € (70 €/L)	200 € (100 €/L)	250 € (125 €/L)	300 € (150 €/L)	
Lentilles refusées par la Sécurité Sociale (7) jusqu'à	140 € (70 €/L)	200 € (100 €/L)	250 € (125 €/L)	300 € (150 €/L)	
Traitement de la myopie au laser ou autre chirurgie réfractive (8)	-	200 € / œil	250 € / œil	300 €/œil	
AUTRES	Autres prestations (9)	Sans tiers payant			
	Ostéopathe ou Chiropracte ou Eliopathe ou Podologie/Pédiacure ou Acupuncture ou Consultation Diététicien/Nutritionniste ou Psychomotricien (7)	4 séances 20 € / séance	5 séances 30 € / séance	5 séances 35 € / séance	5 séances 40 €/séance
	Forfait pour actes lourds supérieurs à 120 €	oui	oui	oui	oui
	Cure thermique hors hôpital (barème forfaitaire) (1) + (6)	-	100 € + 160 €	100 € + 200 €	100 € + 250 €
	Prévention (9)	Sans tiers payant			
	Traitement antitabac sous prescription médicale (1)	200 €	200 €	200 €	200 €
	Forfait actes hors nomenclature non remboursés Sécurité Sociale (1)	50 €	90 €	120 €	120 €
	Vaccins antigrippe, contre la méningite et le choléra	oui	oui	oui	oui
	Test de dépistage du cancer du côlon	oui	oui	oui	oui
	Spécial Sportifs (9)	Sans tiers payant			
Examen médical protocolaire de non contre-indication à la pratique du sport réalisé par un médecin du sport (9)	30 €	30 €	30 €	30 €	

GRILLE DE GARANTIES DES CONTRATS ACS

Prestations	Contrat A	Contrat B	Contrat C
Consultations médicales et paramédicales ⁽¹⁾			
Honoraires des praticiens (médecins généralistes, médecins spécialistes de secteur 1 ou 2, sages-femmes, psychiatres...)	100%	100%	100%
Honoraires des auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues ⁽⁵⁾)	100%	100%	100%
Consultations dentaires ⁽¹⁾			
Honoraires des chirurgiens-dentistes (et chirurgiens-dentistes spécialisés dans le traitement ODF, stomatologues de secteur 1 ou 2)	100%	100%	100%
Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée) ⁽²⁾			
Frais d'hospitalisation (frais de séjour, frais de salle d'opération, honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, frais d'analyses et d'examens de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier)	100%	100%	100%
Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier (18 €/jour dans un établissement de soins et 13,5 €/jour dans un service de psychiatrie): durée illimitée durant la période du contrat	100% (illimité)	100% (illimité)	100% (illimité)
Médicaments prescrits			
Médicaments remboursés à 65 %	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 30 %	100%	100%	100%
Médicaments remboursés à 15 %	-	-	-
Médicaments reconnus comme irremplaçables et coûteux	100% assurance maladie	100% assurance maladie	100% assurance maladie
Préparations magistrales (PMR)	100%	100%	100%
Préparations magistrales à base de spécialités déconditionnées ayant un taux de prise en charge à 30% (PM4)	100%	100%	100%
Médicaments homéopathiques et préparations magistrales homéopathiques (PMH)	100%	100%	100%
Analyses et examens de laboratoires prescrits			
Actes en B (actes de biologie)	100%	100%	100%
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	100%	100%	100%
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	100%	100%	100%
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	100%	100%	100%
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	100%	100%	100%

Frais dentaires			
Prothèses dentaires	125%	225%	300%
céramo-métallique	125%	225%	300%
céramique	125%	225%	300%
acier	125%	225%	300%
mobiles	125%	225%	300%
Traitements d'orthodontie remboursables	125%	225%	300%
Optique : sur prescription médicale, un équipement de lunettes (monture et verres) par période de deux ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue : prise en charge d'un équipement par période d'un an			
Monture + deux verres simples	100%	Part AMO + 100 €	Part AMO +150 €
Monture + deux verres complexes	100%	Part AMO + 200 €	Part AMO +350 €
Monture + un verre simple + un verre complexe	100%	Part AMO + 150 €	Part AMO +250 €
Lentilles de contact (sur prescription médicale en cas de d'astigmatisme irrégulier, myopie égale ou supérieure à 8 dioptries, strabisme accommodatif, aphakie, anisométrie à 3 dioptries, kératocône : forfait annuel de 39,48 € par œil)	100% (forfait annuel de 39,48 € par œil)	Part AMO + 100 € (forfait annuel pour les deux yeux)	Part AMO +100 € (forfait annuel pour les deux yeux)
Prothèses auditives			
Prothèses auditives (remboursement sur la base d'un tarif variant en fonction de l'âge et du handicap)	100%	100%	Part AMO + 450 € par prothèse
Frais de transport			
Frais de transport (sur prescription médicale, après éventuellement accord préalable de l'assurance maladie et dans le cadre des situations prévues par l'assurance maladie)	100%	100%	100%
Cure thermale libre			
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires)	-	-	-
Frais d'hydrothérapie	-	-	-
Frais d'hébergement, frais de transport	-	-	-
Cure thermale avec hospitalisation			
Cure thermale avec hospitalisation	-	-	-

Comment lire ce tableau ?

Les remboursements sont effectués sur la base des tarifs maximum fixés par l'assurance maladie

Part AMO : part remboursée par l'assurance maladie obligatoire.

Part AMO + 100 € : la dépense peut être remboursée jusqu'à hauteur de 100 € au-delà du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Par exemple, avec le contrat B, pour une paire de verres simples, pour un adulte, l'assurance maladie prend en charge 4,44 €, le contrat B pourra prendre en charge jusqu'à 100 euros supplémentaires.

100 % = dépense remboursée à hauteur de 100 % du tarif maximum fixé par l'assurance maladie obligatoire.

Par exemple, pour une consultation de médecin traitant, le tarif maximum de la consultation est fixé à 23 € par l'assurance maladie obligatoire. Vous êtes remboursé 23 €.

125 % = dépense remboursée à hauteur de 125 % du tarif maximum fixé par l'assurance maladie obligatoire.

Par exemple, pour une prothèse dentaire dont le tarif maximum serait fixé à 100 € par l'assurance maladie, votre chirurgien-dentiste vous la facture à 130 €, vous pourrez être remboursé 125 €.

⁽¹⁾ Ces taux de remboursement sont applicables aux soins dispensés :

- au cabinet du praticien ou de l'auxiliaire médical
- au domicile du malade
- dans un dispensaire, un centre de soins ou en consultation externe à l'hôpital.

⁽²⁾ Les frais d'hospitalisation comprennent les frais de séjour, les frais de salle d'opération, les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, les frais d'analyses et d'examen de laboratoire relatifs aux soins dispensés pendant le séjour dans l'établissement hospitalier.